

**Universidade Aberta do SUS – UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas – UFPel**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 8**



**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Santo Expedito, Parelhas/RN**

**Gorky Pelier Durán**

**Pelotas/RS**

**2015**

**Gorky Pelier Durán**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Santo Expedito, Parelhas/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Especialização em Saúde da Família –  
Modalidade a Distância –  
UFPEL/UNASUS como requisito para  
aprovação na unidade de análise  
estratégica.

Orientadora: Mônica B. C. Vohlbrecht

Pelotas/RS  
2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

D947m Durán, Gorky Pelier

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na UBS Santo Expedito, Parelhas/RN / Gorky Pelier Durán; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho de conclusão de curso a minha família, especialmente a meus pais, por serem minha força e minha luz, no longo caminho pela minha superação profissional e pessoal.

## **Agradecimentos**

A Deus que me dá a possibilidade de viver cada dia.

A minha família por todo o seu apoio.

A minha namorada pela ajuda incondicional.

Com muito prazer a minha orientadora do curso Mônica por todo o seu apoio e orientações.

## Resumo

DURÁN, Gorky Pelier. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Santo Expedito, Parelhas/RN.** 2015. 94f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Na Atenção Primária à Saúde a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, faz parte das ações programáticas mais importantes. Possibilita melhor diagnóstico, tratamento, prevenção de complicações, reabilitação e controle dos usuários com estas doenças. A população alvo da ação programática está integrada por 684 usuários com Hipertensão Arterial e 195 usuários com Diabetes Mellitus, desses em nossa unidade eram acompanhados 196 e 57, respectivamente, representando ambos um indicador de cobertura de 29%. Nosso objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes na UBS Santo Expedito, Parelhas/RN. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses, mas, por motivos de orientação do curso devido as férias foi realizado em 03 meses, sendo que participaram da intervenção os usuários diabéticos e hipertensos acima de 20 anos de nossa UBS. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica nº37 (Hipertensão Arterial Sistêmica) e Nº 36 (Diabetes Mellitus), ambos do ano 2013. Os dados obtidos através dos registros foram preenchidos na planilha de coleta de dados digital. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho disponibilizados pelo curso de especialização. Com a intervenção, conseguimos ampliar a cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos para 36,8% (252) e 39,5% (77). Melhoramos os registros e criamos fichas de acompanhamento individual que garantem melhor monitoramento e avaliação. Conseguimos realizar estratificação de risco cardiovascular a todos os usuários que fizeram parte da intervenção. Conseguimos que todos os medicamentos fossem fornecidos pela farmácia popular. Conseguimos realizar busca ativa dos usuários faltosos a

consulta. Todos foram orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física, higiene bucal e sobre tabagismo. A intervenção foi muito importante, propiciou melhorar adesão da comunidade à UBS e melhor participação da comunidade na solução dos seus problemas de saúde. O serviço com a intervenção melhorou muito, atualmente está mais organizado, os usuários estão sendo bem acolhidos. Melhoramos os agendamentos das consultas e manejamos melhor as demandas espontâneas. A equipe ganhou em experiência de trabalho, está mais capacitada e a intervenção permitiu mais integração para o desenvolvimento das ações da saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Parelhas/RN, 2015.	61
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Parelhas/RN, 2015.	62
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Parelhas/RN, 2015.	63
Figura 4	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Parelhas/RN, 2015.	66
Figura 5	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Parelhas/RN, 2015.	67
Figura 6	Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Parelhas/RN, 2015.	72
Figura 7	Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Parelhas/RN, 2015.	73



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS -	Agente comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
UBS -	Unidade Básica de Saúde
DM -	Diabetes Melitus
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA -	Programa de acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SUS -	Sistema Único de Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
APS -	Atenção Primária à Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica

## Sumário

Apresentação .....	11
1 Análise Situacional .....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional 4/12/2014.....	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2.1 Justificativa.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	28
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Detalhamento das ações .....	31
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3 Logística.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	62
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados .....	64
4.2 Discussão.....	81
5 Relatório da intervenção para gestores .....	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	89
Anexos .....	92

## **Apresentação**

Nesse volume estará descrito do Trabalho de Conclusão de Curso que trata de uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Santo Expedito, Parelhas/RN, com foco na atenção prestada aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade.

Primeiramente, ao iniciar o volume é descrito a análise situacional que foi realizada na primeira unidade do curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família, através dessa unidade foi possível realizar um levantamento das ações programáticas realizadas no estabelecimento, assim como qual o foco da intervenção que deveria ser escolhido.

No segundo capítulo está a análise estratégica, na qual é descrito a justificativa para o foco escolhido os objetivos, ações e metas que serão alcançados. Nesse mesmo capítulo é abordada a metodologia com o detalhamento das ações e a logística para cada uma delas.

Em seguida, no terceiro capítulo é descrito o relatório da intervenção que foi realizada durante a unidade 3 do curso, nele estão compiladas todas as ações previstas e desenvolvidas, ações previstas e não desenvolvidas, aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, assim como a viabilidade de incorporação das ações a rotina do serviço.

No quarto capítulo está a avaliação da intervenção, a qual é composta da apresentação dos resultados com os gráficos dos indicadores alcançados e a discussão dos mesmos.

Na sequência é abordado o relatório para a gestão que traz os principais resultados alcançados e a influência da gestão municipal, nota-se que esse documento tem vistas a ser apresentado as autoridades competentes para melhor divulgação dos ganhos obtidos com o trabalho.

No sexto capítulo é descrito o relatório para a comunidade, o qual aborda de forma mais claro e simples o que a intervenção proporcionou para a comunidade e no que a população contribuiu para que tudo fosse possível, assim como o relatório para os gestores esse relatório para a comunidade também será divulgado.

Por fim está descrita uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem que demonstra quais os maiores frutos para o especializando. E por último estão as referências e os anexos que foram utilizadas durante todo o processo de intervenção.

## **1      Análise Situacional**

### **1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) se encontra situada num bairro da periferia da cidade, município Parelhas, Cruz do Monte, se chama: Santo Expedito. É um local adaptado para a prestação do serviço, porque a UBS está sendo construída neste momento. A estrutura física da unidade é a seguinte: tem uma sala de consulta médica, uma sala de enfermaria, uma sala de vacina, uma pequena sala de curativos, uma sala de espera, uma cozinha e um banheiro comum para o pessoal da unidade e também para os usuários, a ventilação não é muito boa. É um local em geral pequeno, mas lutamos para que isso não afete a qualidade do atendimento.

Na UBS trabalham dez pessoas: cinco agentes comunitários, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de serviço geral e o médico. Fazem-se reuniões com a equipe todos os meses, nelas se analisa o processo do trabalho do mês, se houve alguma incidência negativa ou alguma coisa ficou sem ser feita e se programam as ações para a próxima semana. As relações com os colegas de trabalho são muito boas sobre a base do respeito e a ética.

O processo de trabalho é bom. Os agentes comunitários fazem as visitas diárias à população adstrita, nestas fazem os cadastros de cada família onde ficam os dados de cada membro, se padece alguma doença, o nível educacional, a idade, data de nascimento, os fatores de risco entre outros. Além disso, eles dão palestras sobre saúde e identificam nas áreas os problemas fundamentais das famílias e aquelas que precisam de um atendimento mais especializado a partir do qual eu faço as visitas domiciliares sempre que fosse necessário.

A unidade oferece serviço de segunda à sexta pela manhã e a tarde, consulta médica, curativos, vacinas, atenção de enfermaria e também se fazem visitas domiciliares aos grupos de risco, usuários acamados, descapacitados e

aqueles que precisam atendimento de emergência e não podem chegar até a unidade, são programadas e feitas atividades de promoção e prevenção de saúde, através de palestras sobre prevenção de doenças diarreicas e respiratórias agudas, sobre parasitismo intestinal, sobre higiene pessoal, dos alimentos e meio ambiental, palestras sobre importância do aleitamento materno exclusivo entre outras.

O acolhimento dos usuários se faz, para usuários com demanda espontânea: são aqueles que apresentam um problema de saúde seja de urgência ou emergência ou com outra condição de saúde e chega a unidade, além do acolhimento para os usuários que tem consultas prévias agendadas, eles são usuários com doenças crônicas não transmissíveis, grávidas, crianças e outros. Na unidade se faz, geralmente, consultas de controle e seguimento, como não tem condições ótimas para atendimento de emergência os usuários nessa condição recebem o primeiro atendimento e são referidos aos hospitais.

No tempo que eu tenho de trabalho as principais demandas são por infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e parasitaria favorecidas pelas condições do ambiente que não são boas, as ruas sem asfalto, muita poeira, muitas casas em construção, condições socioeconômicas desfavoráveis, além do nível educacional e de instrução da população em geral baixo, outro fator importante é o clima, porque as temperaturas são muito altas durante o dia e a noite baixas e, além disso, as condições de saneamento ambiental não são as melhores. Outra demanda importante é uma alta incidência de pessoas que consomem medicamentos psicotrópicos por tempo indefinido às vezes sem uma avaliação pelo psiquiatra. Há uma alta incidência de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e o que acho mais importante são, um grande número de pessoas com hipertensão arterial que não têm controle, não fazem o tratamento e não sabem que têm a doença, assim como usuários diabéticos com estilos de vida desfavoráveis e controle inadequado. Os fatores de risco fundamentais são entre outros, tabagismo, alcoolismo, uma alta incidência de pessoas jovens que consomem drogas ilícitas e também é importante a conduta

sexual de risco, por isso muitas pessoas também chegam a unidade com doenças de transmissão sexual.

A relação com a comunidade eu acho que até agora é muito boa, temos uma ótima aceitação, a população tem boa opinião sobre o serviço que oferece a UBS. A relação com as instituições que ficam na comunidade também é boa, se fazem visitas às escolas, à creche, onde se fazem palestras e se dão orientações relacionadas com a saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional 4/12/2014**

O Município Parelhas pertencente ao Estado Rio Grande do Norte tem um sistema de saúde que oferece atendimento a uma população aproximada de 24.000 habitantes. Para oferecer os serviços de saúde conta com oito Unidades Básicas de Saúde que funcionam como Estratégia de Saúde da Família. Têm seis Unidades Básicas de Saúde Tradicionais. Tem disponibilidade de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O município têm disponibilidade de algumas especialidades como: Psiquiatria, Ortopedia, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia para o atendimento no município, mas quando os usuários requerem outras especialidades são encaminhados das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) a outras cidades que oferecem o serviço. Além disso, tem um hospital com disponibilidade de exames complementares e uma maternidade em convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Minha UBS se encontra situada num bairro da periferia da cidade, Cruz do Monte, seu nome é Santo Expedito. É um local adaptado para a prestação do serviço, porque a UBS está sendo construída neste momento. Tem um vínculo estreito com o SUS, sendo o modelo de atenção Estratégia de Saúde da Família. Todos os programas e as ações de saúde desenvolvidas no processo de

atendimento na unidade fazem parte das orientações do SUS e devem cumprir com seus princípios. A UBS tem um vínculo também estreito com as instituições de ensino na área de abrangência, sendo que a equipe realiza atividades de educação em saúde e ante qualquer situação de saúde a equipe atua imediatamente. A UBS esta composta somente por uma equipe, integrada por dez profissionais (cinco agentes comunitários, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de serviço geral e o médico).

A estrutura física da UBS é a seguinte: tem uma sala de consulta médica, uma sala enfermaria, uma sala de vacina, uma pequena sala de curativos, uma sala de espera, uma cozinha e um banheiro para o pessoal da unidade e também para os usuários. Como é um local adaptado e, no geral pequeno, não têm todas as salas que deve ter uma UBS para um melhor atendimento dos usuários. Não tem uma sala de recepção para que os usuários tenham melhor conforto e para garantir uma melhor comunicação e privacidade. Não tem locais adaptados para as pessoas com deficiências como banheiros, barra de apoio e corrimão. A ventilação e a iluminação não são muito boas. Tudo, o anteriormente exposto, demonstra que a UBS não tem estruturalmente as melhores condições para a prestação com qualidade do atendimento médico. Isto tem uma influência direta sobre os usuários e também sobre o trabalho da UBS.

Muitas coisas podem ser feitas para mudar esta realidade, o primeiro e o que é muito importante é a construção de uma UBS com todas as características estruturais adequadas como se evidencia no manual sobre Estrutura da UBS, atualmente já está em construção, o qual vai ser com certeza a primeira mudança. Uma necessidade importante é o melhoramento do ambiente da UBS, para isto é possível colocar luminárias e ventiladores para melhorar a iluminação e a temperatura dos locais. Falar com o gestor para que ele se responsabilize e apoie na solução dos problemas.

Todos os profissionais da minha UBS participaram de uma reunião, na qual foi discutido o material sobre as atribuições da equipe, o que foi muito bom para conhecer a função que cada um deve desempenhar no exercício da



profissão. Mas ainda temos algumas atribuições que não podemos atender o que tem um impacto negativo sobre o atendimento integral aos usuários. Com respeito às atribuições da enfermeira podemos observar que ainda não se planeja, gerencia nem avalia as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) adequadamente, isto traz como consequência que eles, às vezes, não tenham todas as orientações, nem a preparação necessária para desenvolver seu trabalho com qualidade. Com respeito às atribuições do médico, na minha unidade eu não faço pequenos procedimentos cirúrgicos, já que não tenho a disponibilidade dos materiais e insumos, isto afeta diretamente os usuários que, às vezes, aparecem com pequenas feridas, que podem ser resolvidas na unidade e acabam tendo que ir ao hospital.

Outro ponto é que não se estabelece de forma adequada à coordenação com outros pontos da atenção daqueles usuários que precisam internação hospitalar, isto afeta também diretamente aos usuários que muitas vezes chegam ao hospital e são atendidos inadequadamente, terminando o cumprimento do tratamento no domicílio, quando realmente precisam um tratamento hospitalar. Na unidade não se realizam atendimentos de urgência e emergências, mas só a primeira atenção e, muitas vezes, nem é possível, já que não temos disponibilidade de nenhum recurso nem medicamento para atendimentos dessas demandas. Não temos os protocolos para usar nos casos de encaminhamento. É necessário continuar com a realização de atividades de educação permanente dos membros da equipe de saúde.

Com respeito às atribuições dos ACSs, acho que é uma necessidade o desenvolvimento de atividades para atingir uma melhor integração da equipe com a população e também é uma necessidade que os ACSs se integrem na identificação de parceiros. Outra necessidade é a participação de todo o pessoal nas atividades de qualificação profissional. Além da realização das reuniões com a equipe que ainda é uma necessidade, garantir uma melhor qualidade na realização das mesmas.

Para dar saída e resolução a estas necessidades antes expostas acho importante falar com o gestor para que forneça os materiais necessários para a realização de procedimentos cirúrgicos pequenos. Ao mesmo tempo, garantir com a coordenação e com o hospital atendimentos nos casos dos usuários que precisam internação hospitalar. Falar com o gestor para que disponibilize os recursos mínimos indispensáveis para atendimento de emergência e urgências, garantindo pelo menos a primeira atenção dos usuários na unidade. Falar com gestor para que disponibilize os protocolos necessários. E, finalmente, acho importante a realização das reuniões da equipe com uma maior qualidade, com objetivos precisos que possibilitem uma melhor organização do processo de trabalho na unidade e melhore a integração com a comunidade.

O número de habitantes na área adstrita é de aproximadamente 3.300, mas, devemos considerar que a população continuamente está em mudança, muitos chegam e outros migram para outras áreas. O perfil demográfico está caracterizado por um predomínio do sexo feminino de modo geral em todas as faixas etárias. O número da população com 20 anos ou mais tem uma maior representação. A adequação do tamanho do serviço tem correspondência com o número da população adstrita. Dessa forma, minha UBS, com a estrutura e tamanho da equipe que tem, pode alcançar a cobertura de saúde a toda a população na área de abrangência.

Na minha UBS todos os profissionais, participam do processo de acolhimento, dependendo do momento e das demandas dos usuários. Todos os dias da semana realizamos o acolhimento dos usuários. Todos que chegam a unidade são acolhidos independentemente do horário de chegada, são orientados sobre como vai ser o atendimento, dependendo de suas demandas. Com relação aos aspectos negativos sobre atendimento as demandas espontâneas, afortunadamente não há muito que dizer, mas o que dificulta às vezes o melhor acolhimento é que na UBS não tem uma sala de recepção nem uma secretaria, para acolher os usuários. Não temos excesso de demandas na unidade, assim o atendimento diário ocorre com tranquilidade. Às vezes, podem ocorrer demandas

espontâneas e elas são resolvidas sem afetar o processo de trabalho do dia. Até agora não temos nenhuma experiência negativa nem queixa por parte da população sobre seu acolhimento.

Na UBS se realiza atenção a saúde das crianças. O indicador de cobertura é 75% (36 crianças das 48 estimadas pelo caderno de ações programáticas). As consultas de puericultura são realizadas incluindo ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, prevenção de violência, entre outros. Cada dia lutamos para que as ações de atenção a saúde das crianças, sejam programáticas, criando um registro de qualidade sobre os atendimentos. Além de ter um arquivo para os registros dos atendimentos da puericultura, acho que falta melhorá-lo, para facilitar uma melhor obtenção das informações e poder realizar avaliações e monitoramento regular do programa mediante seu uso. Todas as crianças na área de abrangência têm cobertura de saúde, suas demandas e problemas de saúde são atendidas na unidade. Ainda temos que continuar lutando para garantir melhor adesão da população às ações propostas e alcançar que as mães levem as crianças às consultas de puericultura segundo o planejamento das consultas. Acho importante, continuar melhorando o planejamento, gestão, coordenação do programa para atingir melhores indicadores. Melhorar o processo de avaliação do programa sendo mais críticos sobre aqueles problemas encontrados e sobre as debilidades que ainda impedem um programa de maior qualidade. Continuar com a educação em saúde de forma permanente e um trabalho da equipe atingindo a participação de cada um dos profissionais.

Com relação ao pré-natal, na unidade se realizam ações de atenção as gestantes. O indicador de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas é 44% (22 gestantes das 50 estimadas). O indicador de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas para o puerpério é 81% (39 puérperas das 48 estimadas). Fazem-se consultas de pré-natal, atendimentos de problemas de saúde agudos das gestantes. No cuidado das gestantes se realizam diagnóstico e

tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, controle dos cânceres de colo de útero e de mamas, imunizações, promoção do aleitamento materno, planejamento familiar e outros. As atividades de atenção as gestantes se realizam segundo o protocolo e de forma programática. Temos um registro dos atendimentos, mas devemos continuar melhorando o mesmo e atualizando para garantir o monitoramento regular do programa.

Todas as gestantes da área têm cobertura de atendimento, mas ainda temos que continuar lutando para alcançar que o atendimento seja feito segundo o agendamento das consultas, atingir que elas tenham mais responsabilidade nos cuidados próprios da gravidez e sua saúde em geral. Garantir um melhor planejamento, organização e programar estratégias para avaliação do pré-natal é um objetivo para a equipe. Criar um arquivo específico para o registro dos atendimentos a gestantes é uma necessidade para um melhor controle. A educação em saúde como ferramenta fundamental para fornecer os conhecimentos precisos das mulheres grávidas deve continuar sendo uma prática no dia a dia do nosso serviço, com participação de todos os profissionais da unidade, desde os agentes comunitários em seus trabalhos de visitas domiciliares até o pessoal na unidade.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, na unidade são realizadas ações de prevenção primária das duas doenças. Em relação ao câncer de mamas, o indicador de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas é 93% (232 usuárias das 249 estimadas). Na UBS se realiza: controle do peso corporal das mulheres na área de cobertura, estimulação da prática de atividades físicas, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool. Realizam-se ações de rastreamento de câncer de mama como: educação da mulher sobre o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, exame clínico das mamas e indicação de mamografia quando preciso, investigação sobre os fatores de risco para câncer de mamas entre outras.

O atendimento das mulheres que fazem parte do programa não se realiza de forma programática o que dificulta atualmente o melhor controle e seguimento das usuárias, não temos um registro atualizado que permita realizar avaliações e monitoramento das ações. A Qualidade em geral do programa ainda é uma meta para a equipe, temos que criar um grupo de organização, planejamento e avaliação do programa. Continuar com a educação em saúde, através de palestras sobre prevenção do câncer de mamas e evitar os riscos para o desenvolvimento da doença. Devemos atingir uma maior adesão da população as ações do programa e garantir que todos os membros da equipe participem ativamente das ações do programa como ferramenta para garantir melhor qualidade do mesmo.

Em relação a prevenção de Câncer do Colo do Útero, o indicador de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas é 87% (720 usuárias das 830 estimadas). São realizadas na UBS ações como educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo, coleta de exame citopatológico, orientação das mulheres para o uso do preservativo nas relações sexuais, entre outras. Temos na UBS um registro das mulheres que fazem parte do programa, mas não está atualizado, existe muito atraso do programa. Atualmente não se está realizando exame na unidade por falta de insumos necessários, se fazem algumas coletas de exame e as usuárias tem que levar a amostra para laboratórios privados. As ações não se realizam de forma programática o que dificulta a avaliação, planejamento e controle do programa, dependendo isto, em parte, da gestão municipal que deve fornecer os recursos para melhorar a qualidade do mesmo. Além das dificuldades que enfrenta hoje o programa, seguimos com a educação em saúde das mulheres, com objetivo de fornecer conhecimentos para a prevenção da doença. Fazem-se capacitações dos agentes comunitários para que na área eles também ofereçam palestras sobre a importância da prevenção do Câncer do Colo do Útero e desta forma envolver todos os membros da equipe no funcionamento do programa.

A Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas que cada dia ganha maior prevalência na população brasileira. Na UBS são realizadas ações de atenção a usuários com essas doenças como: orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal de usuários hipertensos e diabéticos, estímulo a prática regular de atividades físicas, orientação sobre os malefícios do tabagismo e o consumo excessivo de álcool, além das consultas de seguimento e controle destes usuários com HAS e DM. As ações de atendimento a usuários com estas doenças, se realizam de forma programática, segundo o protocolo, temos um registro dos atendimentos, mas ainda tem que ser melhorado e atualizado com todos os dados estatísticos, para garantir o monitoramento e avaliação do programa. A cobertura de atendimento é baixa com respeito ao estimado do Caderno de Ações Programáticas, atendemos apenas 196 (29%) hipertensos e 57 (29%) diabéticos.

Todos os diabéticos e hipertensos registrados na unidade têm 100% de cobertura de atendimento, mas, o percentual deles em relação ao total da população é ainda muito baixo, o que implica que devemos intensificar as ações de pesquisa ativa, procurando os casos que com certeza estão na área com desenvolvimento das doenças e ainda não tem diagnóstico e controle na unidade. Realiza-se planejamento, monitoramento e avaliação do programa, mas ainda temos muito por fazer para melhorar a organização das ações e que os usuários cheguem às consultas agendadas nos dias destinados evitando assim atrasos nas consultas. É um trabalho ainda a alcançar, uma melhor adesão da população às ações propostas, atingir maiores números de usuários que participem das atividades nos grupos de diabéticos e hipertensos. Ainda temos que continuar nos esforçando cada dia na educação em saúde em todos os âmbitos da UBS e com a participação ativa de todos os membros da equipe, para atingir maior qualidade e melhores resultados no programa.

No Brasil, 10% da população é considerada envelhecida, por isso essa atenção é uma política da atenção primária à saúde, criar programas específicos de atendimento para este grupo de pessoas, consideradas de maior risco para o

desenvolvimento de doenças crônicas e de incapacidades próprias do envelhecimento. Na UBS realizamos ações de atenção a saúde dos idosos, entre elas temos: atendimento em consulta de seguimento e controle, atendimento dos problemas de saúde agudos, imunizações, promoção de atividades físicas, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde mental, do sedentarismo e obesidade, entre outras. O indicador de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas é 88% (315 idosos dos 357 estimados). Ainda é um objetivo a realização das ações do programa de forma programática, já que não existe na UBS uma forma de registro adequado para os seguimentos e atendimentos dos usuários, o que dificulta o monitoramento das ações. A cobertura de atenção aos idosos ainda é baixa, temos que continuar intensificando as visitas domiciliares e a identificação dos idosos que ainda não tem registro na unidade. Melhorar o acompanhamento, a pesquisa de HAS e de DM, levando em consideração que são doenças muito frequentes nestes, hoje é um objetivo para a equipe. A adesão da população as ações propostas para este grupo populacional ainda é uma meta, já que poucos usuários participam dos grupos estabelecidos na unidade.

Fazendo uma reflexão crítica sobre a qualidade do programa, percebe-se que ainda muitas coisas têm que ser feitas. Criar um registro de atendimento dos idosos com os dados fundamentais estatísticos, para ter melhor controle. Criar um arquivo para os registros dos atendimentos e assim poder avaliar melhor o programa. Falar com o gestor para que forneça os protocolos e as cadernetas de saúde e o Estatuto do Idoso. Também importante continuar melhorando as atividades de educação em saúde com grupos de idosos, com o objetivo de incorporar maiores conhecimentos sobre o controle e cumprimento do tratamento médico, atingindo estilos de vida saudáveis e, além disso, evitar complicações e incapacidades próprias do envelhecimento e das doenças mais comuns neste grupo de idade. Ainda é preciso continuar melhorando o planejamento, avaliação e controle do programa. Finalmente garantir melhor organização no agendamento das consultas estabelecendo dias específicos para o atendimento dos idosos,

ainda é uma meta para a equipe, já que, na minha UBS não existiu nunca esse planejamento das consultas.

Finalmente, analisando os questionários preenchidos e o Caderno de Ações Programáticas muitos são os desafios a enfrentar. O preenchimento de cada questionário formou parte de uma reflexão crítica da situação real da minha UBS e do processo de trabalho de modo geral. Surpreendeu muito como ainda muitos aspectos do trabalho tem que ser melhorados para alcançar um serviço de saúde de mais qualidade. O preenchimento do Caderno de Ações Programáticas permitiu identificar a baixa cobertura de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, permitiu avaliar os indicadores de qualidade das principais ações de saúde que se realizam na unidade e ajudou a refletir sobre a necessidade de que toda a equipe participe ativamente nas ações de saúde. O maior desafio é continuar lutando por oferecer um serviço de mais qualidade, melhorando os indicadores de saúde de minha comunidade e o maior recurso que eu tenho é a vontade e a disposição para mudar esta realidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Fazendo uma comparação com o texto feito na segunda semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS em minha unidade, posso dizer que os dois textos abordam aspectos importantes relacionados ao processo de trabalho. Aspectos relacionados à estrutura física da unidade. Tratam aspectos sobre as limitações que afetam o processo de trabalho. Abordam como se dá o processo de relação com a comunidade e como as pessoas aceitam as ações de saúde da unidade, entre outros aspectos. A diferença está em que este relatório da Análise Situacional fornece maiores informações, com mais profundidade e detalhes, sobre cada uma das principais ações de saúde na UBS. Neste relatório se faz uma análise integral das ações de saúde o que permite avaliar os indicadores de qualidade no serviço. Além disso, este relatório permite finalmente fazer uma



reflexão crítica sobre a situação atual do processo de trabalho e as possibilidades de enfrentamento para melhorar a situação de saúde na comunidade.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

Na Atenção Primária à Saúde muitas são as ações desenvolvidas para garantir um serviço de qualidade a população. A atenção a usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, fazem parte destas ações, as quais têm uma importância muito grande, já que, cada dia é maior a incidência de usuários com estas doenças e também a incidência de complicações secundárias decorrentes delas (BRASIL, 2006). A importância maior que tem esta ação programática é precisamente em permitir melhor diagnóstico, tratamento, prevenção de complicações, reabilitação e controle dos usuários com estas doenças. Mediante um atendimento adequado aos hipertensos e diabéticos estamos garantindo melhor sobrevida, com mais qualidade e melhores possibilidades de desempenho social.

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) é um local adaptado para a prestação do serviço, não possui as condições ideais de uma UBS padrão, mas permite o desenvolvimento das ações de saúde sem afetar em grande medida a qualidade das mesmas. A estrutura física da UBS é a seguinte: tem uma sala de consulta médica e uma de enfermagem, uma sala de vacina, uma pequena sala de curativos, uma sala de espera, uma cozinha e um banheiro comum para funcionários e usuários. A UBS esta composta por uma equipe integrada por dez profissionais (cinco agentes comunitários, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de serviço geral e o médico). O número de habitantes na área adstrita é de aproximadamente 3.300. O perfil demográfico está caracterizado por um predomínio do sexo feminino de modo geral em todas as faixas etárias. O número da população com 20 anos ou mais tem uma maior representação.

A população alvo da minha ação Programática está integrada por 684 usuários com Hipertensão Arterial e 195 usuários com Diabetes Mellitus, desses usuários atendemos apenas 196 com HAS e 57 com DM, representando ambos

um indicador de cobertura atual muito baixo de 29%, segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas para o total de pessoas maiores de 20 anos. Em relação à adesão dos usuários hipertensos e diabéticos posso dizer que ainda temos um atraso importante na atualização das consultas agendadas, mas temos o objetivo de melhorar os registros e agendamentos das consultas para obter 100% de avaliação segundo os protocolos, procurando aqueles que continuam faltosos as consultas.

Na unidade, cada dia trabalhamos para melhorar a qualidade da atenção a estes usuários. Fazem-se o acolhimento com qualidade, consultas programadas e também sobre problemas agudos à saúde, além das demandas espontâneas. Realizam-se atividades com grupos, com o objetivo de orientar sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares e sobre os estilos de vida inadequados. Realizam-se atividades de educação em saúde, os usuários são orientados sobre a importância de acompanhamento e assistência às consultas programadas, sobre a importância de alimentação saudável e prática sistemática de exercícios físicos para evitar o sedentarismo e melhorar a qualidade de vida.

O Projeto de intervenção no contexto da UBS será muito importante já que, permitirá uma melhor qualidade na atenção dos diabéticos e hipertensos, levando em conta que a partir de agora vamos programar melhor as ações para estes grupos. Já estão se estruturando atividades de educação em saúde específicas para estas doenças. A equipe está envolvida diretamente na ação programática, mas ainda temos que continuar com a capacitação do pessoal para garantir mais qualidade na atenção.

Dentro das possibilidades para alcançar os objetivos e metas propostos temos uma equipe com profissionais preparados, temos os recursos mínimos e materiais para oferecer o serviço e temos a disposição da equipe para mudar a realidade existente no momento. Temos algumas limitações que afetam a prestação de um atendimento de qualidade como: falta do serviço odontológico, falta de materiais para realização dos exames complementares, falta de medicamentos na farmácia popular, entre outras. Com a realização desta

intervenção esperamos melhorar a qualidade de atendimento dos hipertensos e diabéticos. Ampliar a cobertura de atendimentos mediante o cadastramento e avaliação de 100% dos usuários com estas doenças. Esperamos melhorar a adesão da população alvo, bem como melhorar a qualidade de vida dessa população com a orientação contínua sobre evitar fatores de riscos e hábitos de vida não saudáveis.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na UBS Santo Expedito, Parelhas/RN.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade de atenção a diabéticos e/ou hipertensos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8 Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pacientes hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o Registro das Informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe de ESF Santo Expedito. Participarão da intervenção todos os usuários diabéticos e hipertensos acima de 20 anos da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica) e Nº 36 (Diabetes Mellitus), ambos do ano 2013. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos usuários diabéticos e hipertensos será feito no momento da consulta, após os dados obtidos através dos registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados digital para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (ANEXO A). Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo B).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo: 1-** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

- 1- Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.
- 2- Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

### **Ações**

**Monitoramento e Avaliação:**

Realizar-se-á um controle específico em cada consulta dos hipertensos e/ou diabéticos, observando se os usuários já têm cadastro no programa e realizando o

cadastro se for preciso. Responsabilidade do médico e enfermeira no momento das consultas.

#### Organização e gestão do serviço:

Realizar-se-á um registro dos cadastros dos usuários que fazem parte do programa. Neste registro se identificará o nome dos usuários, a data das consultas, dos exames complementares, a data de agendamento da próxima consulta entre outros dados de interesse. Realizar-se-á um processo de acolhimento específico dos diabéticos e hipertensos dando prioridade de atendimento nos dias das consultas agendadas e em caso de problemas de saúde agudos. Falar-se-á com o gestor para garantir os materiais para os atendimentos dos usuários (esfigmanômetro, hemoglicoteste).

#### Engajamento Público:

Informar-se-á a população sobre a existência do Programa de Atenção a diabéticos e/ou hipertensos na unidade. Informar-se-á a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente. Informar-se-á a comunidade sobre a importância de rastreio da DM em adultos com pressão sustentada maior de 135/85 mmHg. Orientar-se-á a população sobre os fatores de risco para desenvolvimento de DM e HAS. Para realizar todas essas atividades de engajamento publico é importante o trabalho diário dos agentes comunitários, as visitas domiciliares do médico, uso de panfletos informativos na unidade, uso de carros de sons para divulgação das informações. Realizar-se-á um grupo de hipertensos e diabéticos com maior qualidade nas atividades de educação em saúde.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Continuar-se-á com a capacitação dos ACSs sobre o cadastramento de todos os diabéticos e hipertensos na área e também sobre a técnica correta para verificação da pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste.

**Objetivo: 2-** Melhorar a qualidade de atenção a diabéticos e/ou hipertensos.



**Metas:**

- 1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 3- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 4- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 5- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 6- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 7- Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 8- Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Ações****Monitoramento e avaliação:**

Realizar-se-á controle e avaliação em cada consulta sobre a realização de exame clínico de qualidade a todos os usuários diabéticos e hipertensos. Realizar-se-á acompanhamento e monitoramento do número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Realizar-se-á controle sobre o acesso dos usuários os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Realizar-se-á controle e avaliação dos diabéticos e hipertensos que precisam atendimento odontológico e serão encaminhados para seu atendimento oportuno.

**Organização e gestão do serviço:**

Organizar-se-á capacitação dos profissionais da unidade mensalmente sobre as atribuições no exame clínico dos usuários. Falar-se-á com o gestor para

que forneça a versão atualizada dos protocolos de atendimentos. Garantir-se-á a solicitação de exames complementares e se falará com o gestor para que garanta os recursos e materiais para a realização e agilidade dos exames. Realizar-se-á um registo sobre as necessidades de medicamentos dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade. Realizar-se-ão ações de controle e avaliação em cada consulta sobre as necessidades de atendimentos odontológicos de diabéticos e hipertensos e se realizará seu encaminhamento, se necessário.

#### Engajamento Público:

Continuar-se-á com a orientação a população sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas. Continuar-se-á com a orientação aos usuários e a comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares e a periodicidade dos mesmos. Continuar-se-á orientando aos usuários sobre o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Continuar-se-á com as orientações aos diabéticos e hipertensos sobre a importância da avaliação da saúde bucal. Todas estas ações de educação em saúde, de orientação à população, serão feitas em cada consulta médica de controle, nas visitas domiciliares e através das visitas dos ACSs e também nos grupos de diabéticos e hipertensos.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Continuar-se-á com a capacitação dos profissionais da unidade sobre a realização de exame clínico apropriado dos usuários com estas doenças crônicas. Continuar-se-á com a atualização sobre tratamento de hipertensão e diabetes. Capacitar-se-á a equipe para orientar aos usuários sobre as possíveis alternativas para orientar aos usuários sobre o acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/HIPERDIA. Estas atividades de capacitação serão feitas mensalmente para toda equipe.

**Objetivo: 3-** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Metas:**

- 1- Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.
- 2- Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

**Ações****Monitoramento e Avaliação:**

Realizar-se-á controle e avaliação em cada consulta e com uma periodicidade semanal sobre o cumprimento das consultas, segundo a periodicidade do protocolo para diabéticos e hipertensos.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Programar-se-ão visitas domiciliares com objetivo de procurar aqueles usuários com atraso das consultas em dia. Criar-se-á um registro dos usuários que são faltosos para poder realizar o acolhimento deles, uma vez incorporados as visitas domiciliares.

**Engajamento Público:**

Continuar-se-á fortalecendo a informação dos diabéticos, hipertensos e a comunidade sobre a importância da realização das consultas em dia e sobre a periodicidade das consultas. Trabalho que será feito em cada consulta, nas visitas domiciliares, nas visitas dos ACSs, nas atividades com os grupos, entre outras.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Realizar-se-á capacitação mensalmente dos ACSs sobre a orientação aos diabéticos e hipertensos sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade das mesmas.

**Objetivo: 4-** Melhorar o Registro das Informações.

**Metas:**

- 1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Ações**

**Monitoramento e Avaliação:**

Realizar-se-á controle e a avaliação mensalmente sobre a qualidade dos registros dos usuários diabéticos e hipertensos acompanhados na unidade.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Continuar-se-á lutando para manter atualizadas as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Implantar-se-á ficha de acompanhamento de diabéticos e hipertensos. Pactuar-se-á com a equipe o registro das informações e o responsável pelo registro das mesmas. Criar-se-á um registro que permita a identificação dos usuários atrasados nas consultas, atraso na realização dos exames, a não realização da estratificação de risco entre outros dados de interesse.

**Engajamento Público:**

Orientar-se-á aos usuários diabéticos, hipertensos e a comunidade, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros e acesso a segunda via se necessário.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Capacitar-se-á a equipe no preenchimento de todos os registros de atendimentos necessários dos diabéticos e hipertensos, com uma periodicidade mensal.

**Objetivo: 5-** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Metas:**

- 1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ações**

**Monitoramento e Avaliação:**

Realizar-se-á controle e avaliação do número de diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por ano, com uma periodicidade mensal.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Priorizar-se-á o atendimento dos diabéticos e hipertensos avaliados de alto risco, estabelecendo um número maior de consultas e de visitas domiciliares sempre que for preciso.

**Engajamento Público:**

Orientar-se-á os diabéticos e hipertensos sobre seus riscos, a importância do seu acompanhamento regular e controle adequado sobre riscos modificáveis, através de palestras nos grupos de usuários com essas doenças, nas consultas, nas visitas domiciliares, entre outras atividades.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Capacitar-se-á a equipe para a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesão em órgãos alvos. Capacitar-se-á a equipe para o registro destas informações e também sobre a importância de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, através de palestras

sobre alcoolismo, tabagismo, alimentação saudável, prática sistemática de atividades físicas e outras.

**Objetivo: 6-** Promover a Saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas:**

- 1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- 4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- 5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- 6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- 7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- 8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Ações**

**Monitoramento e Avaliação:**

Realizar-se-á controle avaliação e monitoramento sobre a realização de orientações nutricionais, orientações da prática sistemática de exercício físico, orientações sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, em 100% dos diabéticos e hipertensos.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Realizar-se-ão atividades coletivas com diabéticos e/ou hipertensos sobre alimentação saudável com periodicidade mensal e se falará com o gestor para

garantir a participação de um nutricionista nas mesmas. Realizar-se-á prática coletiva para realização de orientação sobre prática de atividade física e se falará com o gestor para garantir a parceria com educadores físicos nas atividades. Falar-se-á com o gestor para que garanta os medicamentos para o abandono do tabagismo.

#### Engajamento Público:

Realizar-se-ão atividades de orientação aos diabéticos e hipertensos e a comunidade, sobre a importância da alimentação saudável, sobre importância de prática sistemática de exercício físico, sobre importância de higiene bucal e também sobre a existência de tratamento para abandono do tabagismo. Estas orientações serão feitas nas consultas individuais, nas visitas domiciliares de médico e dos ACSs, nas atividades com os grupos, entre outras.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Realizar-se-ão atividades de capacitação com periodicidade mensal a toda equipe sobre práticas de alimentação saudável, sobre promoção de atividade física sistemática, sobre tratamento dos tabagistas e sobre orientação da importância da saúde bucal nos diabéticos e hipertensos. Também se realizará capacitação sistemática da equipe sobre metodologia de educação em saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

**Meta Relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicadores 1.1.** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2.** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicadores 1.2.** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo 3.** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1.** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Metas relativas ao objetivo 4.** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1.** Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1.** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2.** Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3.** Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4.** Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar nossa intervenção no Programa de Atenção a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, faremos uso do protocolo de atenção para este programa dos Cadernos de Atenção Básica para HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013.

Faremos uso da ficha-espelho dos diabéticos e/ou hipertensos disponibilizada pelo curso, para a coleta dos dados necessários dos indicadores ao monitoramento da intervenção. Esperamos alcançar os 71% dos diabéticos e hipertensos que faltam por cadastrar no programa. Será necessário falar com o gestor para que garanta a existência na unidade de todas as fichas-espelho, para o seguimento dos 684 hipertensos e 195 diabéticos. Para o acompanhamento mensal da intervenção utilizaremos a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para realizar a organização do registro específico do programa, a enfermeira ou a técnica de enfermagem farão uma pesquisa no livro de registro e nos prontuários procurando aqueles usuários com atraso nas consultas de controle, com atraso na realização dos exames complementares, com falta de estratificação de risco e outros dados de interesse e farão o primeiro monitoramento do programa anexando estes dados através de uma anotação e passando os dados dos prontuários para as fichas-espelho. Ao final de cada mês faremos uma avaliação/monitoramento, sendo que os dados serão passados da ficha-espelho à planilha eletrônica semanalmente.

#### **Descrevendo a logística**

**Objetivo:** 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Metas:**

- 1- Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.
- 2- Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde

## **Logística das ações**

### **Monitoramento e Avaliação:**

Faremos um controle específico em cada consulta dos hipertensos e/ou diabéticos, observando se os usuários já têm um cadastro no programa e realizando o cadastro, se for preciso. A enfermeira e a técnica de enfermagem serão responsáveis pelo controle e cadastramento.

### **Organização e gestão do serviço:**

Faremos um registro dos cadastros dos usuários que fazem parte do programa. Cada agente comunitário será responsável pelo registro individual dos usuários, bem como sua atualização na UBS semanalmente. Faremos um processo de acolhimento específico dos diabéticos e hipertensos, a técnica de enfermagem será responsável e dará prioridade de atendimento aos usuários que apresentem problemas agudos de saúde e para os que têm consultas agendadas para esse dia. Será agendado um número de 20 consultas para diabéticos e/ou hipertensos para cada dia de atendimento do programa, sendo responsáveis os agentes comunitários para orientar os usuários que devem chegar à unidade para sua consulta de controle. Será realizada uma solicitação ao gestor para garantir os materiais para os atendimentos dos usuários (esfigmomanômetro, hemoglicoteste), quem ficará responsável por isso é a enfermeira.

### **Engajamento Público:**

Faremos uma reunião com representantes da comunidade na UBS na primeira sexta-feira de cada mês, sendo responsável o médico. O objetivo é informar a necessidade de que toda a população conheça sobre a existência do Programa de Atenção a diabéticos e/ou hipertensos na unidade. Pediremos o apoio da comunidade para participar das palestras que serão feitas na praça do bairro ou na UBS mensalmente, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, sobre a importância de rastreio da DM em adultos com pressão sustentada maior de 135/85 mmHg.



Orientar-se-á a população sobre os fatores de risco para desenvolvimento de DM e HAS. Para realizar todas estas atividades de engajamento público é importante o trabalho diário dos agentes comunitários. Serão agendadas visitas domiciliares do médico uma vez por semana para aqueles usuários que por alguma razão não podem chegar à unidade. Faremos uso de panfletos informativos, a qual ficará a cargo da técnica de enfermagem. Falaremos com o gestor municipal para que forneça o carro de som para divulgação das informações, com uma periodicidade quinzenal, sendo que o médico e enfermeira serão os responsáveis. Faremos grupos de hipertensos e diabéticos para as atividades de educação em saúde, será responsabilidade dos agentes comunitários, as atividades serão realizadas com os grupos com uma periodicidade mensal na UBS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Faremos capacitação dos ACSs na primeira terça-feira de cada mês, na última hora do serviço à tarde, sobre o cadastramento de todos os diabéticos e hipertensos na área e também sobre a técnica correta para verificação da pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste, serão responsáveis o médico e enfermeira.

**Objetivo: 2-** Melhorar a qualidade de atenção a diabéticos e /ou hipertensos.

#### **Metas:**

- 1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 3- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 4- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 5- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- 6- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 7- Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 8- Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

### **Logística das ações**

#### **Monitoramento e avaliação:**

Faremos controle e avaliação em cada consulta sobre a realização de exame clínico de qualidade a todos os diabéticos e hipertensos. Faremos acompanhamento e monitoramento do número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Faremos controle sobre o acesso dos usuários aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Faremos controle e avaliação dos diabéticos e hipertensos que precisam atendimento odontológico, sendo que serão encaminhados para seu atendimento oportuno. Todas estas atividades serão responsabilidade do médico e serão realizadas em cada consulta para os usuários que chegam a unidade ou serão realizadas semanalmente em cada sexta-feira na UBS, com responsabilidade da enfermeira.

#### **Organização e gestão do serviço:**

Faremos capacitação dos profissionais da unidade mensalmente sobre as atribuições no exame clínico dos usuários. Falar-se-á com o gestor para que forneça os manuais de atendimento mais atualizados de 2013. Garantir-se-á a solicitação de exames complementares e se falará com o gestor para que garanta os recursos e materiais para a realização e agilidade dos exames. Faremos um registo sobre as necessidades de medicamentos dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade. Faremos ações de controle e avaliação em cada consulta sobre as necessidades de atendimentos odontológicos desses indivíduos e se realizará seu encaminhamento, se necessário. Todas estas atividades serão

responsabilidades do médico e enfermeira, sendo que serão realizadas mensalmente na UBS.

#### Engajamento Público:

Faremos orientação a população sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão/diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas. Faremos orientação aos usuários e a comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares e a periodicidade dos mesmos. Além disso, sobre o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, orientações aos diabéticos e hipertensos sobre a importância da avaliação da saúde bucal. Todas estas ações de educação em saúde, de orientação à população, serão feitas em cada consulta médica de controle e o médico é o responsável, nas visitas domiciliares, através das visitas dos ACSs e, também nos grupos de diabéticos e hipertensos através das atividades que serão feitas na UBS mensalmente.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Faremos capacitação dos profissionais da unidade sobre a realização de exame clínico apropriado dos usuários com estas doenças crônicas. Daremos continuidade com a atualização sobre tratamento de hipertensão e diabetes. Capacitar-se-á a equipe para orientar os usuários sobre as possíveis alternativas para orientação sobre o acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/HIPERDIA. Estas atividades de capacitação serão feitas mensalmente para toda equipe na UBS, na última hora do serviço, na primeira terça-feira de cada mês sendo responsabilidade do médico.

**Objetivo: 3-** Melhorar a adesão de pacientes hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

#### **Metas:**

- 1- Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.
- 2- Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

### **Logística das ações**

#### **Monitoramento e Avaliação:**

Faremos controle e avaliação em cada consulta, com uma periodicidade semanal sobre o cumprimento das consultas segundo a periodicidade do protocolo para diabéticos e hipertensos, sendo responsáveis médico e enfermeira.

#### **Organização e Gestão do Serviço:**

Programar-se-á visitas domiciliares com objetivo de procurar aqueles usuários com atraso nas consultas, o responsável será o médico e serão realizadas com uma periodicidade quinzenal. Criaremos um registro dos usuários que estão faltosos para poder realizar o acolhimento deles uma vez incorporados das visitas domiciliares, sob responsabilidade da enfermeira.

#### **Engajamento Público:**

Faremos contato com representantes da comunidade para pedir apoio nas atividades de informação dos diabéticos, hipertensos e a comunidade em geral, sobre a importância da realização das consultas em dia e sobre a periodicidade das consultas, sendo responsáveis o médico e a enfermeira, com uma periodicidade mensal, na UBS. Estas atividades de educação em saúde serão realizadas em cada consulta, nas visitas domiciliares, nas visitas dos ACSs e nas atividades com os grupos que serão feitas mensalmente, sendo responsabilidade do médico e dos ACSs.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

Faremos capacitação aos ACSs sobre orientação da importância na realização das consultas e a periodicidade das mesmas, sendo responsável a

enfermeira, as quais serão feitas mensalmente na última hora do serviço na primeira terça-feira de cada mês.

**Objetivo: 4** - Melhorar o Registro das Informações.

**Metas:**

- 1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Logística das ações**

**Monitoramento e Avaliação:**

Faremos controle e avaliação sobre a qualidade dos registros dos diabéticos e hipertensos acompanhados na unidade, responsáveis serão o médico e a enfermeira com uma periodicidade mensal, na UBS.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Faremos o esforço de manter atualizadas as informações do SIAB, sendo responsabilidade da enfermeira, mensalmente. Implantar-se-á ficha de acompanhamento de diabéticos e hipertensos, sendo responsáveis o médico e a enfermeira em cada consulta. Pactuar-se-á com a equipe o registro das informações e o responsável pelo registro das mesmas, responsabilidade da enfermeira mensalmente. Criar-se-á um registro que permita a identificação dos usuários atrasados nas consultas, atraso na realização dos exames, a não realização da estratificação de risco entre outros dados de interesse, responsabilidade do médico e dos ACSs.

**Engajamento Público:**

Orientar-se-á os usuários diabéticos, hipertensos e a comunidade, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros e acesso a segunda via

se necessário, responsabilidade do médico em cada consulta, nas visitas domiciliares e também nas atividades organizadas com os grupos de diabéticos e hipertensos mensalmente na UBS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar-se-á a equipe no preenchimento de todos os registros de atendimentos necessários dos usuários diabéticos e hipertensos, responsabilidade do médico, com uma periodicidade mensal.

**Objetivo: 5-** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

#### Metas:

- 1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Logísticas das ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Faremos controle e avaliação do número de usuários diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular pelo menos uma vez por ano, responsabilidade do médico e da enfermeira com uma periodicidade mensal.

##### Organização e Gestão do Serviço:

Priorizar-se-á o atendimento dos diabéticos e hipertensos avaliados de alto risco, estabelecendo um número maior de consultas e de visitas domiciliares sempre que for preciso, sob responsabilidade do médico, em cada consulta e nas visitas domiciliares.

##### Engajamento Público:

Orientaremos os diabéticos e hipertensos sobre seus riscos e a importância do seu acompanhamento regular e sobre a importância de um controle adequado sobre riscos modificáveis, sob responsabilidade do médico em cada consulta e dos ACSs nas visitas domiciliares, assim como nas atividades com os grupos mensalmente na UBS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar-se-á a equipe para a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesão em órgãos alvos. Capacitar-se-á a equipe para o registro destas informações e também sobre a importância de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, sendo responsável o médico com uma periodicidade mensal na UBS.

**Objetivo: 6** - Promover a Saúde de hipertensos e diabéticos.

#### Metas:

- 1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- 4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- 5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- 6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- 7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- 8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

#### Logística das ações

### Monitoramento e Avaliação:

Faremos controle avaliação e monitoramento sobre realização de orientações nutricionais, sobre realização de orientações da prática sistemática de exercício físico, de orientações sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, em 100% dos diabéticos e hipertensos, sendo responsável a enfermeira com uma periodicidade mensal.

### Organização e Gestão do Serviço:

Faremos atividades coletivas com diabéticos e/ou hipertensos sobre alimentação saudável e se falará com o gestor para garantir a participação de um nutricionista nas mesmas. Realizar-se-á a prática coletiva para realização de orientação sobre prática de atividade física e se falará com o gestor para garantir a parceria com educadores físicos nas atividades. Falar-se-á com o gestor para que garanta os medicamentos para o abandono do tabagismo. Estas atividades serão feitas com uma periodicidade mensal, através da responsabilidade do médico e da enfermeira, na UBS ou na praça do bairro.

### Engajamento Público:

Faremos atividades de orientação aos diabéticos, hipertensos e a comunidade, sobre a importância da alimentação saudável, sobre importância de prática sistemática de exercício físico, sobre importância de higiene bucal e também sobre a existência de tratamento para abandono do tabagismo. Estas orientações serão feitas nas consultas individuais, nas visitas domiciliares do médico e dos ACSs, nas atividades com os grupos mensalmente na UBS e também através do carro de som, sendo responsabilidade de toda a equipe.

### Qualificação da Prática Clínica:

Faremos atividades de capacitação a toda equipe sobre práticas de alimentação saudável, sobre promoção de atividade física sistemática, tratamento dos tabagistas e sobre a importância da saúde bucal nos diabéticos e hipertensos. Também se realizará capacitação sistemática da equipe sobre metodologia de



educação em saúde. Todos os ACSs farão um estudo individual com um tema específico e farão uma exposição ao resto da equipe, será responsabilidade do médico e da enfermeira com uma periodicidade mensal na UBS.

### 2.3.4 Cronograma

[illegible]

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Inicialmente é importante destacar que apesar do planejamento para a realização da intervenção durante 16 semanas, foi necessário reduzir o tempo de intervenção, já que houve o período de férias e a coordenação do curso achou por bem reduzir o período da intervenção para 12 semanas dessa forma a intervenção iniciou em 21 de fevereiro de 2015 até 26 de junho de 2015 com uma pausa no período de 24 de março a 30 de abril de 2015.

Fazendo uma avaliação das ações previstas no projeto a serem desenvolvidas no decurso da intervenção, posso afirmar que quase todas foram cumpridas. Fizemos a capacitação de todos os profissionais da UBS, sobre os protocolos de atendimento dos diabéticos e hipertensos. Fundamentalmente foram orientados sobre as periodicidades das consultas de controle, sobre os exames complementares e sobre a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Na primeira semana tivemos uma reunião, na qual ficou definido o papel de cada membro da equipe na intervenção. Fizemos a capacitação dos ACSs sobre o cadastramento dos usuários e técnicas para verificar pressão arterial, realização de hemoglicoteste e sobre as atividades de educação em saúde para cada objetivo da intervenção.

Fizemos atendimento, avaliação clínica e estratificação de risco dos diabéticos e hipertensos em cada uma das consultas de controle. Foram atualizados os registros e as informações do SIAB segundo o projeto. Foram feitas

duas reuniões com o gestor para garantir seu apoio na intervenção e os recursos necessários para alcançar os objetivos. Foram feitas duas reuniões com representantes da comunidade sobre a importância da intervenção e sobre a importância do apoio e participação da comunidade nas atividades propostas na UBS. Foram feitos agendamentos de visitas domiciliares a usuários faltosos a consulta em quase todas as semanas. Realizamos busca ativa dos usuários faltosos e sem cadastro no programa. Realizamos o cadastro e registro adequado de todos os usuários que fazem parte da intervenção.

Foram feitas duas atividades com o grupo de diabéticos e hipertensos. As atividades tiveram bons resultados os usuários gostaram muito, ficaram contentes e agradeceram a sua realização. Nas atividades abordamos os temas sobre nutrição saudável e sobre a importância da prática sistemática de atividade física para os diabéticos e hipertensos, contamos para a realização das mesmas com o apoio da nutricionista e o preparador físico do NASF. Foi feito monitoramento da intervenção semanalmente analisando os resultados do trabalho planejado para cada dia.

Tivemos a possibilidade de começar a intervenção com a equipe de trabalho da UBS completa, isto facilitou inicialmente a chegada de um maior número de usuários as consultas de controle e uma melhor cobertura e divulgação das atividades e do processo de trabalho que estávamos realizando na UBS. Todos os profissionais da unidade deram sua disposição para apoiar a intervenção. Todos receberam as capacitações que estavam planejadas no projeto, isto possibilitou que tivessem maior conhecimento e melhor preparação para o trabalho. Tivemos também a disposição do gestor, de apoiar no processo da intervenção, disponibilizando os recursos e materiais necessários. Recebemos o apoio do gestor no momento em que nosso aparelho de verificar a pressão arterial quebrou, fornecendo outro rapidamente. A comunidade teve boa aceitação e participação na intervenção. Estas foram algumas das facilidades que tivemos no percurso destas 12 semanas que possibilitaram a realização da intervenção com êxito.

Embora tivemos algumas facilidades, nem sempre todas as coisas são como esperamos. A partir da primeira semana da intervenção a equipe ficou incompleta. Tivemos a ausência na UBS de ACSs por problemas de saúde. Inicialmente, uma ACS com Dengue, em outra semana outra com Gripe e atualmente temos outra que não está trabalhando, porque foi operada por apresentar câncer de mamas e está recebendo tratamento e seguimento médico. Além dos problemas de saúde já citados, tivemos ausência de ACSs que entraram de férias, por isso a equipe ficou sempre incompleta no percurso da intervenção. A enfermeira trabalha na UBS só pela manhã e não apoia muito na intervenção.

Neste período tivemos alguns problemas com o aparelho de verificar a pressão na UBS, mas foi resolvido rapidamente com o apoio do gestor. Nas últimas semanas alguns usuários estavam chegando à consulta sem todos os resultados dos exames, por falta de insumos no laboratório do município. Outra dificuldade importante é a situação com o serviço de odontologia, nossos usuários tem que se deslocar até a outra UBS, porque não temos esse serviço na nossa. Por falta de odontóloga nossos usuários ficaram sem atendimento odontológico por duas semanas na intervenção.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

No percurso da intervenção, estava previsto realizar três atividades com o grupo de diabéticos e hipertensos. Finalmente foram realizadas somente duas atividades, porque na data prevista para a realização da terceira, choveu e a participação dos usuários foi muito pouca. Das reuniões agendadas segundo o protocolo com o gestor e com os representantes da comunidade podemos fazer somente duas. Não foi possível realizar nossa última reunião porque o gestor estava fora do município. Foi difícil entrar em contato com representantes da comunidade. Como a intervenção é um processo contínuo, ficaram pendentes as outras reuniões e as outras atividades para as próximas semanas. Cabe destacar que nem todas as atividades foram cumpridas exatamente segundo o projeto, porque eu estive de férias neste período da intervenção e a equipe não deu

continuidade ao trabalho que estávamos realizando, mas fizemos os ajustes após meu retorno, para alcançar a maior quantidade na realização das ações previstas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Algumas das dificuldades que afetaram a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram: a falta de recursos humanos, já que a enfermeira não está participando nas ações previstas no processo da intervenção, falta de uma equipe completa, temos uma microárea da população que está sem ACSs e o controle desses usuários esta sendo mais difícil. A quantidade de atendimentos clínicos esteve diminuindo em relação às primeiras semanas. As ACSs dizem que alguns usuários não querem ir a UBS porque entendem que estão se sentindo bem e não precisam de atendimento.

Acho importante também destacar que inicialmente a intervenção foi prevista para ser realizada em 16 semanas e finalmente foi reduzido a 12 semanas. No decurso da intervenção teve que estar quatro semanas afastado do curso, assim como muitos dos meus colegas. Na minha UBS a equipe não continuou com a coleta de dados relativos a intervenção. Como estratégia para evitar o atraso a direção do curso decidiu reduzir a 12 semanas o processo de intervenção, porem algumas ações tiveram que ser reajustadas assim como o projeto.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Muitas das ações previstas no projeto já estão incorporadas a rotina da UBS. As reuniões com a equipe para avaliação das estratégias de trabalho de cada semana, as capacitações dos profissionais em determinados temas com relação aos atendimentos dos diabéticos e hipertensos, as visitas domiciliares dos faltosos a consulta, o atendimento clinico com enfoque de risco, são atualmente uma realidade na minha UBS. Todos os usuários que chegam à consulta são acolhidos e registrados adequadamente. Todos recebem orientações de educação em saúde, sobre prática de atividade física sistemática, alimentação saudável,

higiene bucal e sobre abandono do tabagismo nos casos precisos. Devemos seguir na luta para incorporar a rotina da UBS, a realização das atividades com o grupo de diabéticos e hipertensos. Melhorar o agendamento dos usuários que devem voltar ao controle. Continuar melhorando os registros, assim como continuar com a busca ativa dos usuários que ainda não estão cadastrados e seguem faltosos as consultas de controle.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Avaliando a evolução deste indicador de cobertura, podemos observar que no primeiro mês da intervenção, atingimos um total de 87 usuários representando 12,7%. No segundo mês atingimos 157 (23%) usuários, no terceiro mês terminamos a intervenção atingindo 252 (36,8%) usuários.



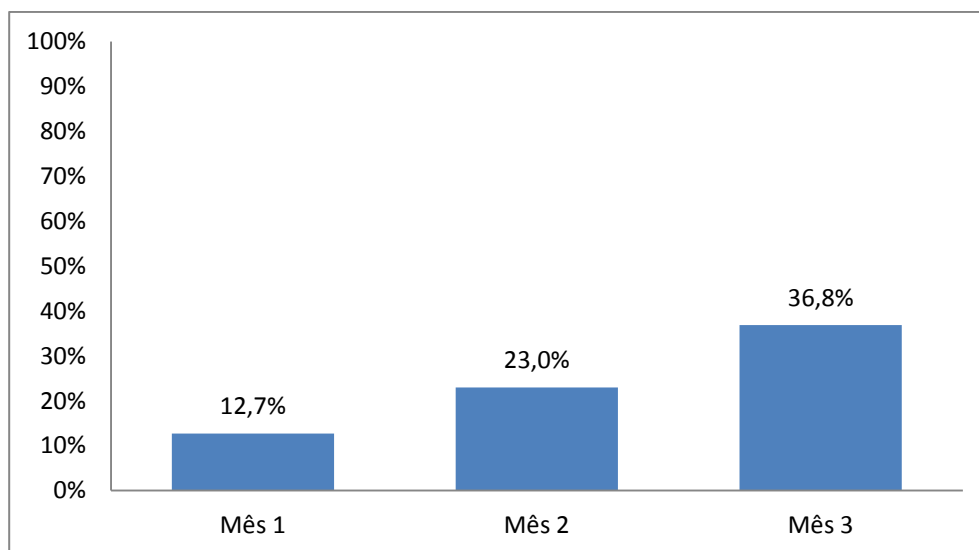


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Parelhas/RN, 2015.

Na minha UBS começamos a intervenção tendo como base para trabalhar um número total de 684 usuários hipertensos, que segundo o caderno de ações programáticas é o número que supostamente deveriam existir na comunidade de abrangência para o total de população existente. Como não existia registro adequado dos hipertensos na UBS, não podemos ter o número real da quantidade de usuários que deveriam participar da intervenção. Nestes três meses de intervenção, atingimos 252 usuários representando um total de 36,8%, dessa forma ficamos muito abaixo da meta que foi cadastrar 100% dos usuários. Como a intervenção é um processo que continua na UBS esperamos seguir as ações como rotina da unidade para alcançar essa meta.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A evolução deste indicador foi da seguinte forma: no primeiro mês atingimos 23 (11,8%) usuários, no segundo mês atingimos 42 (21,5%) usuários e no terceiro mês atingimos finalmente 77 usuários representando 39,5%.

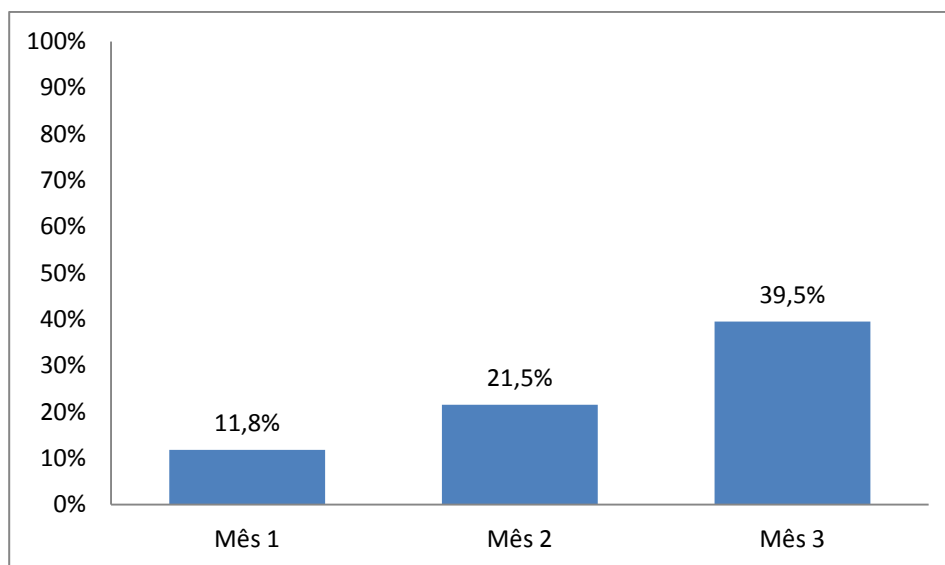


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Parelhas/RN, 2015.

Como aconteceu no atendimento dos hipertensos, com os diabéticos a situação foi bem similar, quando começamos a intervenção não tínhamos ideia do número real de diabéticos que tínhamos na comunidade, porque não existia registro na UBS. Tomamos como base o número que o caderno de ações programáticas forneceu segundo o número total da população que foi de 195 diabéticos. No percurso da intervenção atingimos 77 diabéticos representando 39,5%. Pode-se observar que não alcançamos a meta para este indicador, por isso devemos continuar melhorando cada dia mais e lutando para que a intervenção continue sendo uma realidade na UBS e assim atingir 100% dos usuários.

Ao iniciar a intervenção na UBS o número de hipertensos e diabéticos que tinham atendimento clínico e cadastro não estava bem identificados, porque não existia registro adequado. Segundo os dados fornecidos pelos ACSs o número de hipertensos foi de 196 e o número de diabéticos foi 57 representando ambos 29% aproximadamente. No percurso da intervenção fomos atendendo novos usuários que realizaram diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e conseguimos atingir outros usuários faltosos a consulta e sem cadastro na UBS. Finalmente, atingimos 252 hipertensos e 77 diabéticos representando 36,8% e 39,5%, respectivamente.

Entre as ações que favoreceram atingir estes resultados temos a realização de um controle específico em cada consulta dos hipertensos e/ou diabéticos, observando se os usuários já tinham cadastro no programa e realizamos cadastro dos casos que precisavam. Realizamos registro adequado de todos os usuários que fazem parte da intervenção com todos os dados necessários para realizar seu monitoramento e avaliação. Realizamos um processo de acolhimento específico dos usuários diabéticos e hipertensos dando prioridades de atendimento nos dias das consultas agendadas e em caso de problemas de saúde agudos. Outra das ações que possibilitou que atingíssemos esses números foi informar a população sobre a existência do Programa de Atenção a usuários diabéticos e/ou hipertensos na UBS.

Consideramos que os resultados para cumprir com a meta deste indicador de cobertura não são os melhores. Devemos continuar cada dia com esforço para continuar com a educação em saúde e com a divulgação do programa na UBS, com a capacitação dos ACSs para que façam melhores intervenções nas visitas da comunidade, conseguindo que os usuários se preocupem mais por sua saúde e venham até a UBS.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

No primeiro mês da intervenção o número de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo foi de 73 representando 83,9%. No segundo mês foi 151 (96,2%) e no terceiro mês foi de 246 representando 97,6%. Podemos observar que a evolução deste indicador em cada mês foi melhorando. Finalmente, não conseguimos atingir a meta, mas cabe destacar que trabalhamos muito e seguiremos nos esforçando para que cada usuário que chegue até a nossa UBS tenha um atendimento clínico de mais qualidade.

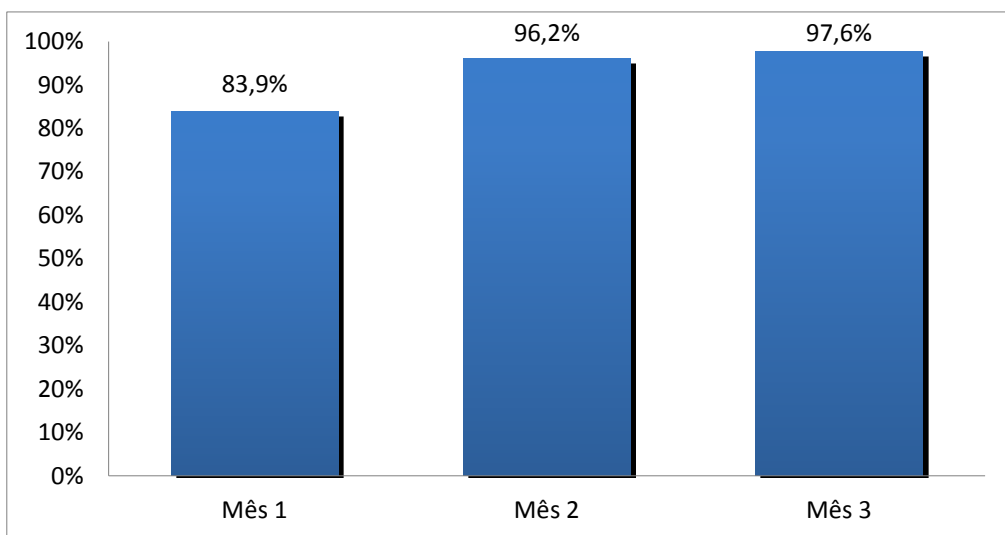


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Parelhas/RN, 2015.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Avaliando a evolução deste indicador podemos perceber que em cada mês os resultados foram melhorando. No primeiro mês a proporção de diabéticos com exame clínico apropriado segundo o protocolo foi de 18 de um total de 23 diabéticos atendidos, representando 78,3%. No segundo mês foi de 41 de um total de 42 atendimentos representando 97,6% e no terceiro mês de um total de 77 diabéticos, 76 deles estavam com exame clínico apropriado, representando ao final da intervenção 98,7%. Não conseguimos atingir a meta de 100%, mas estamos contentes porque a evolução foi muito favorável e temos a certeza que com a continuidade da intervenção podemos atingi-la.

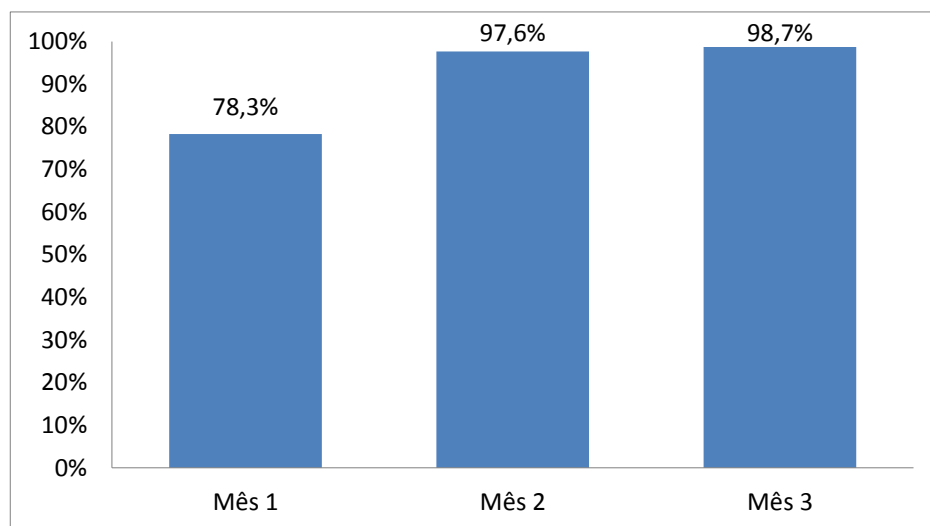


Figura 3: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Parelhas/RN, 2015.

Quando começamos a intervenção não tínhamos a certeza da situação real em relação ao atendimento clínico apropriado dos diabéticos e hipertensos. A falta de registro adequado dos usuários e as pesquisas nos prontuários demonstraram que a situação não era muito boa. Com o decorrer da intervenção começamos com maior esforço e dedicação para conseguir que todos os usuários recebessem exame clínico de qualidade. Estabelecemos que 83,9% (73) dos hipertensos estão com o exame clínico em dia no primeiro mês da intervenção, no terceiro mês o resultado foi 97,6% (246) e em relação aos diabéticos subimos de 78,3% (18) no primeiro mês para 98,7% (76) no terceiro mês.

Muitas foram às ações que possibilitaram obter estes resultados. Realizamos controle e avaliação em cada consulta sobre a realização de exame clínico de qualidade a todos os usuários diabéticos e hipertensos. Organizamos capacitação dos profissionais da unidade sobre as atribuições no exame clínico, orientação à população sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, entre outras atividades.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A evolução deste indicador aconteceu da seguinte forma: no primeiro mês foram atingidos 63 hipertensos com exames complementares em dia representando 72,4%, no segundo mês 141 hipertensos representando 89,8% e no terceiro mês 229 representando, finalmente, 90,9%. Ao final da análise da intervenção, podemos observar uma evolução positiva deste indicador, mesmo que não tenhamos atingido a meta de 100%.

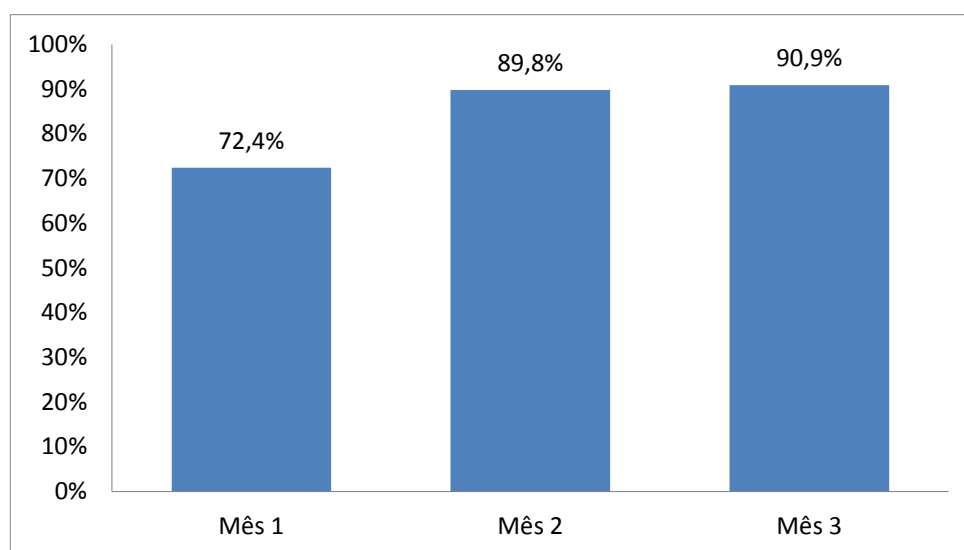


Figura 4: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Parelhas/RN, 2015.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção foram atingidos 15 diabéticos com exames complementares em dia de um total de 23, representado 65,2%. No segundo mês atingimos 36 representando um 85,7% e finalizamos o terceiro mês com 66

diabéticos com exames em dia de um total de 77 representando 85,7%. Não conseguimos alcançar a meta de 100% por problemas como a falta de materiais no laboratório.

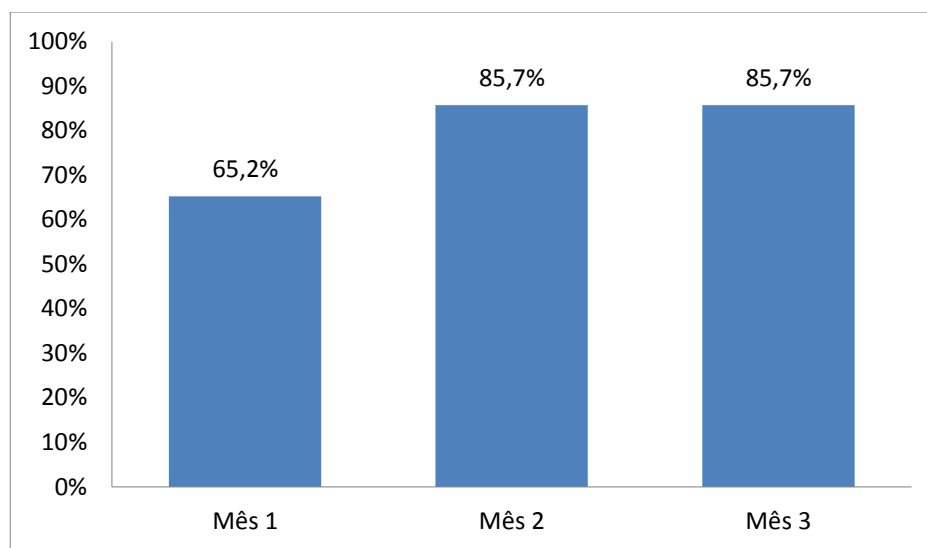


Figura 5: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Parelhas/RN, 2015.

Quando começamos a intervenção a situação com relação a realização dos exames complementares dos usuários diabéticos e hipertensos não era boa. Não existia registro destas informações, muitos usuários em atraso por falta de seguimento e controle adequado. Falta de conhecimento dos usuários sobre a importância e periodicidade da realização dos mesmos. No percurso da intervenção atingimos 72,4% (63) de hipertensos e 65,2% (15) dos diabéticos com exames complementares em dia no primeiro mês, no segundo mês 89,8% (141) e 85,7% (36), assim como 90,9% (229) e 85,7% (66) no terceiro mês, respectivamente.

Entre as ações que possibilitaram estes resultados positivos temos a realização de acompanhamento e monitoramento do número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, segundo o protocolo. O trabalho dos ACSs nas visitas domiciliares

através das orientações sobre a importância e periodicidade da realização dos exames, ainda a conversa com o gestor sobre a importância de fornecer os materiais e recursos para o laboratório para evitar atrasos. Além disso, a falta de recursos em alguns momentos da intervenção foi uma das causas que não possibilitou que atingíssemos a meta.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A evolução deste indicador foi da seguinte forma: no primeiro mês foram atendidos 87 hipertensos, no segundo mês 157 e finalmente terminamos o terceiro mês com 257 usuários, todos eles com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. A meta foi atingida conseguindo que 100% dos usuários tivessem tratamentos fornecidos pela farmácia popular em todos os meses.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A evolução deste indicador foi também muito boa. No primeiro mês foram atendidos 23 diabéticos, no segundo 42 e finalmente no terceiro mês 77 diabéticos, todos eles com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Finalmente, conseguimos atingir a meta para este indicador em 100%.

Quando iniciamos a intervenção, não tínhamos o número exato de diabéticos e hipertensos que não recebiam seus medicamentos na farmácia popular. No percurso da intervenção fomos orientando os usuários sobre a existência da mesma e sobre a possibilidade e o direito que eles tinham de pegar os medicamentos ali. Finalmente, conseguimos que todos os nossos diabéticos e hipertensos tomassem os medicamentos fornecidos pela farmácia popular.



Cumprimos com as metas propostas para este indicador. A orientação à comunidade nas visitas domiciliares, nas consultas e atividades com os grupos sobre a existência da farmácia popular foi uma das ações que ajudou muito para conseguir atingir a meta.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Em relação a este indicador no primeiro mês foram atendidos 87 hipertensos, no segundo 157 e finalizamos o terceiro mês com um total de 252 hipertensos, representando em cada mês 100% dos usuários com avaliação das necessidades de atendimentos odontológicos. A meta foi atingida com 100% dos hipertensos avaliados.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Em relação a evolução deste indicador, no primeiro mês foi atingido um número de 23 diabéticos, no segundo mês 42 e fechamos o terceiro mês com um total de 77 representando 100% em cada mês da intervenção. Assim, cumprimos a meta de 100% dos diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológicos.

A situação com o atendimento odontológico na minha UBS foi e é ainda um problema sério. Na UBS não temos serviço de odontologia, os nossos usuários tem que ir a outra UBS e muitas vezes não conseguem o atendimento no momento que mais precisam. Por isso quando começamos com a intervenção a situação era bem difícil e sem nenhum registro dos diabéticos e hipertensos. Todos os usuários que participaram da intervenção foram avaliados segundo as

necessidades de atendimento odontológico. Conseguimos atingir a meta em 100% nos três meses de trabalho na intervenção.

Algumas das ações que possibilitaram estes resultados foram às realizações de controle e avaliação dos usuários diabéticos e hipertensos que precisavam de atendimento odontológico e seu encaminhamento para o atendimento oportuno além da orientação à população em geral e para estes grupos específicos de usuários sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A evolução deste indicador aconteceu da seguinte forma: no primeiro mês foram atingidos 26 hipertensos faltosos a consulta, no segundo mês somaram 35 e fechamos o terceiro mês com um total de 46 hipertensos que estavam faltosos a consulta, mas todos receberam a busca ativa representando 100% em cada mês. Assim, atingimos a meta em 100% dos usuários.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A evolução deste indicador foi positiva, todos os diabéticos faltosos as consultas nos três meses da intervenção receberam busca ativa. No primeiro mês a busca foi para 06 diabéticos faltosos, no segundo mês somaram 08 e fechamos o terceiro mês com um total de 12 usuários com busca ativa, representando 100% para cada mês. Atingimos a meta, finalmente, em 100%.

Uma das atividades que ficou bem estabelecida desde o começo da intervenção foi à realização da busca ativa de usuários diabéticos e hipertensos

faltosos a consulta. Não tínhamos um registro claro da situação com relação a estes indicadores, mas a realidade não era alentadora quando começamos a intervenção. Com o decorrer da intervenção fomos identificando os usuários faltosos e concluímos fazendo busca ativa de 46 hipertensos e 12 diabéticos faltosos a consulta, representando 100% de busca ativa.

Realizamos monitoramento e controle dos usuários faltosos a consulta. Capacitamos os profissionais da unidade e demos as orientações precisas para identificar os usuários faltosos. Orientamos a comunidade em geral e nos grupos de diabéticos e hipertensos sobre a importância das consultas. Fizemos programação das visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos. Estas foram algumas das ações que possibilitaram um bom resultado. O que nos preocupa é que ainda temos, com certeza, muitos usuários que continuam sem diagnóstico e faltosos a consulta na comunidade, que ainda não foram identificados. Esperamos que com a continuidade da intervenção esta situação seja resolvida.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A evolução deste indicador foi da seguinte forma: no primeiro mês atingimos 84 hipertensos com registro adequado, de um total de 87 representado por 96,6%. No segundo mês atingimos 154 de um total de 157 representado por 98,1% e fechamos o terceiro mês com 249 hipertensos com registro adequado. Totalizando em 252 indivíduos representando 98,8% para esse indicador. Não atingimos 100% da meta, mas fomos melhorando a cada mês e esperamos com a continuidade da intervenção, atingir a meta completamente.

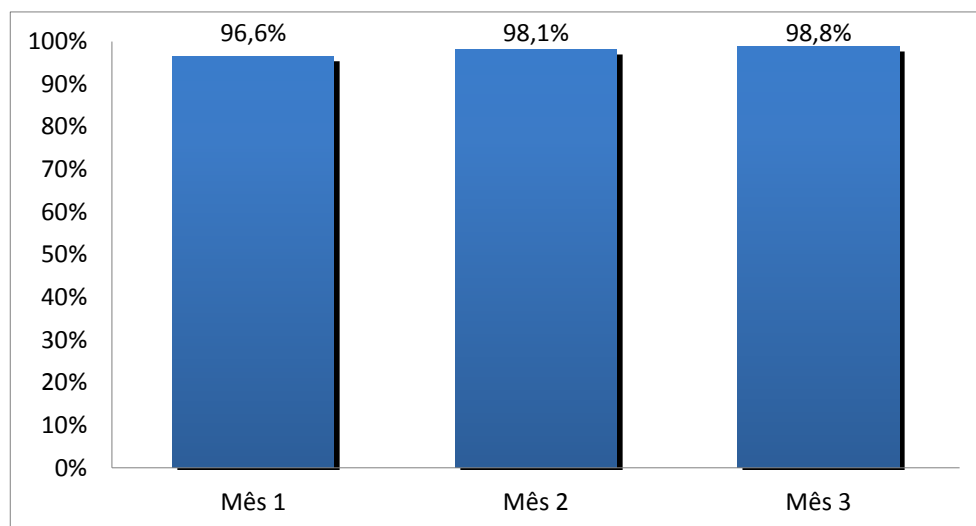


Figura 6: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Parelhas/RN, 2015.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A evolução aconteceu da seguinte forma: no primeiro mês atingimos 19 diabéticos com acompanhamento adequado de um total de 23, representado por 82,6%. No segundo mês atingimos 38 de um total de 42 representado por 90,5% e no terceiro mês fechamos com 73 de um total de 77 representado por 94,8%. Como podemos observar não atingimos 100% da meta, mas seguiremos o nosso trabalho para alcançá-la.

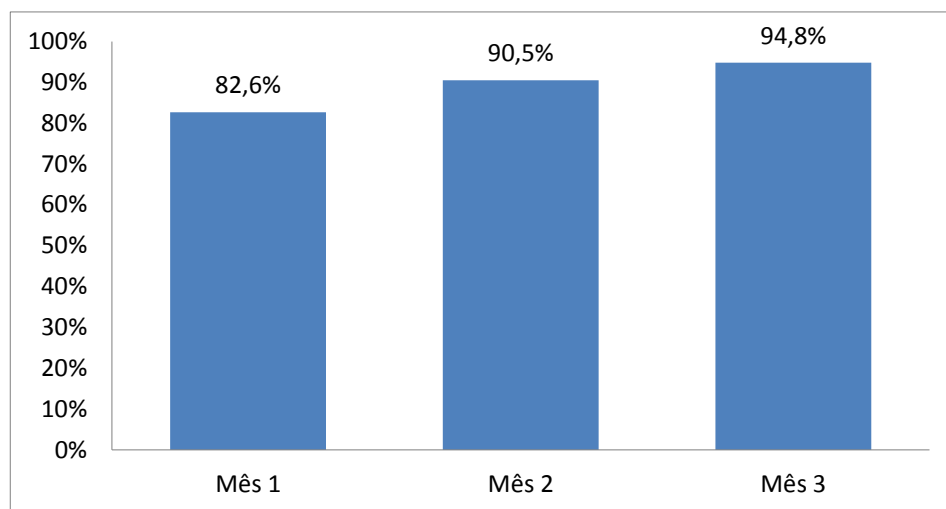


Figura 7: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Parelhas/RN, 2015.

Uma das dificuldades que mais enfrentamos na UBS no começo da intervenção foi a falta de fichas de acompanhamento adequado para os diabéticos e hipertensos. Entre as ações que possibilitaram estes resultados positivos temos a realização de controle e a avaliação mensalmente sobre a qualidade dos registros dos usuários diabéticos e hipertensos acompanhados na unidade. Implantamos ficha de acompanhamento de diabéticos e hipertensos para o monitoramento. Criamos um registro que permite a identificação dos usuários atrasados nas consultas, atraso na realização dos exames, a não realização da estratificação de risco entre outros dados de interesse.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Este indicador teve uma evolução satisfatória no percurso da intervenção. Em cada mês tivemos 100% de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Atingimos no primeiro mês 87 hipertensos, no segundo 157 e no terceiro mês 252, todos com estratificação de risco, assim atingimos 100% da meta.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A evolução deste indicador foi da seguinte forma: no primeiro mês atingimos 23 diabéticos, no segundo foram atendidos 42 e no terceiro finalmente somaram 77, todos foram avaliados segundo o risco cardiovascular alcançando uma proporção de 100% e atingindo assim a meta.

Quando iniciamos a intervenção não tínhamos um número exato da quantidade de usuários diabéticos e hipertensos por falta de registro adequado destas informações na UBS. Nos três meses de trabalho todos os usuários atendidos foram avaliados segundo o risco cardiovascular cumprindo com a meta de 100%. Estes resultados foram possíveis pelas ações desenvolvidas pela equipe, tais como controle e avaliação do número de diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, com uma periodicidade mensal, orientação aos diabéticos e hipertensos sobre seus riscos, a importância do seu acompanhamento regular, através de palestras nas consultas, nas visitas domiciliares, entre outras atividades.

Indicador 6.1. e 6.2. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta: Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

No primeiro mês da intervenção 87 (100%) hipertensos receberam orientações sobre alimentação saudável, no segundo 152 (100%) e no terceiro mês 252 (100%). Em relação aos diabéticos no primeiro mês receberam estas orientações 23 (100%), no segundo 42 (100%) e no terceiro mês 77 (100%).

Avaliando a evolução quantitativa deste indicador podemos observar que em cada mês da intervenção alcançamos uma proporção de 100% de diabéticos e hipertensos com orientação sobre alimentação saudável. Atingindo assim a meta integralmente.

Quando começamos a intervenção uma das orientações que foram dadas a toda a equipe foi sobre a importância da educação em saúde, sobre este tema da alimentação saudável. Em todas as consultas os usuários receberam orientações nutricionais. Realizamos atividades coletivas com usuários diabéticos e/ou hipertensos sobre alimentação saudável e tivemos a participação da nutricionista, o que facilitou o melhoramento da orientação aos usuários. Todos os usuários receberam estas orientações cumprindo a meta em 100%.

Indicador 6.3 e 6.4 Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta: Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

No primeiro mês da intervenção 87 (100%) hipertensos receberam orientações sobre prática regular de atividade física, no segundo 152 (100%) e no terceiro mês 252 (100%). Em relação aos diabéticos no primeiro mês receberam estas orientações 23 (100%), no segundo 42 (100%) e no terceiro mês 77 (100%).

Em cada mês da intervenção alcançamos uma proporção de 100% dos diabéticos e hipertensos que receberam orientações sobre prática regular de atividade física. Conseguimos cumprir integralmente com a meta.

Em cada consulta de atendimento clínico, nas atividades com os grupos, nas visitas domiciliares fomos orientando os usuários sobre a importância da prática sistemática de atividade física. Orientamos a comunidade em geral sobre essa importância. Tivemos a possibilidade de contar com o apoio do preparador físico do NASF e conseguimos cumprir com a meta de manter a orientação a 100% dos diabéticos e hipertensos que fazem parte da intervenção.

Indicador 6.5 e 6.6 Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

No primeiro mês da intervenção, 87 (100%) hipertensos receberam orientações sobre tabagismo, no segundo 152 (100%), e no terceiro 252 (100%). Em relação aos diabéticos no primeiro mês da intervenção receberam orientações sobre tabagismo 23 (100%) diabéticos, no segundo 42 (100%) e no terceiro mês 77 (100%).

Avaliando a evolução quantitativa podemos observar que em cada mês foi possível alcançar que 100% dos usuários diabéticos e hipertensos recebessem orientações sobre os riscos do tabagismo. Cumprindo com a meta integralmente.

Trabalhamos muito nestes três meses para melhorar a educação em saúde. Uma das orientações que foi dada aos usuários em cada consulta de atendimento foi sobre os riscos do tabagismo. Nas visitas domiciliares e nas atividades com os grupos este foi um tema que tratamos, tudo isto permitiu que finalmente cumpríssemos com a meta.

Indicador 6.7 e 6.8 Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

No percurso da intervenção, em cada mês, todos os usuários diabéticos e hipertensos receberam orientações sobre higiene bucal. Em relação aos hipertensos a evolução foi assim: no primeiro mês 87(100%), no segundo 152(100%) e no terceiro 252(100%). Em relação aos diabéticos no primeiro mês receberam orientações 23(100%), no segundo 42(100%) e no terceiro 77(100%). A proporção foi de 100% em cada mês. Conseguimos cumprir integralmente a meta, sendo que 100% dos diabéticos e hipertensos receberam as orientações.

Entre algumas das ações que possibilitaram estes resultados positivos temos o esforço da equipe de levar as orientações aos usuários dentro e fora da UBS, em cada consulta de atendimento, nas visitas domiciliares em conversas com os grupos. Os usuários foram orientados sobre a importância da higiene



bucal. No percurso da intervenção todos os usuários que fizeram parte da mesma receberam essas orientações e conseguimos finalmente cumprir com a meta. Apesar dos resultados positivos, ainda é uma preocupação de toda a equipe a falta de serviço de odontologia para que os usuários tenham um melhor atendimento no controle de sua saúde bucal.

## **4.2 Discussão**

Na minha UBS, a intervenção foi um processo de trabalho muito importante. Conseguimos ampliar a cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos, conseguimos melhorar os registros e criar fichas de acompanhamento individual que garantem melhor monitoramento e avaliação do trabalho com os usuários.

Conseguimos realizar estratificação de risco cardiovascular a todos os usuários que fizeram parte da intervenção. A intervenção propiciou mais qualidade de atendimento dos diabéticos e hipertensos, todos foram orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física, higiene bucal e sobre os riscos do tabagismo.

Além disso, conseguimos que todos os medicamentos dos usuários fossem fornecidos pela farmácia popular. Conseguimos realizar busca ativa dos usuários faltosos a consulta e fazer seu atendimento clínico na UBS segundo o protocolo. A intervenção propiciou melhor adesão da comunidade à UBS e uma melhor participação da comunidade na solução dos seus problemas de saúde.

Para toda a minha equipe de trabalho a intervenção tem sido uma experiência nova, pela primeira vez esta sendo feito um trabalho assim na UBS. Não foi fácil o trabalho por falta de integração inicial de toda a equipe, mas a intervenção exigiu que toda a equipe unisse esforços para alcançar os melhores resultados. Toda a equipe passou por um processo de capacitação sobre as atribuições de cada profissional no decurso da intervenção.

As atividades de capacitação sobre rastreamento, diagnóstico, tratamento e sobre estratificação de risco dos diabéticos e hipertensos, possibilitaram um trabalho em conjunto mais integrado entre toda a equipe. Atualmente o funcionamento da equipe é muito melhor que antes de começar a intervenção, o nível de responsabilidade de cada profissional é maior e é perceptível um maior comprometimento no trabalho, não somente com os diabéticos e hipertensos, mas sim com as outras atividades no serviço.

O impacto da intervenção foi positivo em outras ações do serviço, um exemplo disto é o controle de pré-natal, visto que a captação da gravidez precoce que vem obtendo melhores resultados e as visitas domiciliares têm sido mais efetivas. Outro serviço na unidade que teve um impacto positivo com a intervenção foi o controle de puericultura, no qual observamos que todos os lactentes recebem sua primeira consulta segundo o estabelecido pelo protocolo e o acompanhamento vacinal atualmente evidencia melhores resultados.

A intervenção trouxe resultados muitos positivos para o nosso serviço. São perceptíveis as mudanças na UBS desde o começo da intervenção. Antigamente o atendimento dos diabéticos e hipertensos era em grande parte responsabilidade do médico e dos ACSs que faziam as visitas domiciliares uma vez por mês. Com a intervenção ficou estabelecido o papel de cada membro da equipe e a importância de cada profissional no atendimento dos diabéticos e hipertensos. Atualmente todos os usuários recebem um atendimento diferenciado por cada membro da equipe, desde o acolhimento quando chegam a unidade pelo pessoal da recepção até o atendimento de sua demanda no momento da consulta.

Com a melhoria dos registros e a criação das fichas de acompanhamento individual, conseguimos uma melhor organização nos agendamentos das consultas dos diabéticos e hipertensos e também possibilitou uma melhor organização da agenda para os atendimentos das demandas espontâneas. O serviço está mais organizado e os usuários diabéticos e hipertensos recebem atendimento diferenciado, levando em conta sua estratificação de risco.

Na minha comunidade de abrangência, já se fala sobre a intervenção. A opinião da população ainda é um pouco diversa. Os familiares dos diabéticos e hipertensos que perceberam os resultados positivos têm boa opinião e aceitam a intervenção. Existem na comunidade algumas pessoas que ainda não entendem a importância e o objetivo da intervenção e inicialmente não entendem porque são priorizados os atendimentos para estes usuários diabéticos e hipertensos. Todavia, no decurso da intervenção a comunidade foi percebendo que o atendimento e os agendamentos das consultas começaram a serem efetivos, já que, antigamente não existia agendamento.

A comunidade percebeu a presença da equipe nas ruas, nas casas fazendo a busca dos usuários faltosos, nas atividades com os grupos, tudo que possibilitou a melhor aceitação da intervenção. Posso dizer que o impacto da intervenção com certeza vai ser muito melhor para a comunidade na medida em que continue sendo efetivada na UBS.

Analisando como foi o decurso da intervenção nestas 12 semanas de intenso trabalho, posso observar que algumas coisas podem ser mudadas se eu começasse a intervenção neste momento. A primeira coisa pela qual lutaria seria por alcançar uma melhor integração da equipe. Desde o primeiro encontro com a equipe faria tudo o possível para que eles entendessem que a intervenção não é somente um trabalho do médico como parte do processo de sua especialização, mas sim que a intervenção vai além disso, é um instrumento de trabalho na UBS, para melhorar a qualidade de atendimento dos diabéticos e hipertensos e que pode ser efetivada para outras ações na unidade. Outro ponto será a luta por alcançar melhor articulação com líderes da comunidade e com a comunidade em geral, para explicar porque a importância dos agendamentos e da priorização das consultas, ainda lutaria para que o gestor municipal e o coordenador da Atenção Primária à Saúde do município tivessem uma participação mais efetiva na intervenção.

Cabe destacar que atualmente a intervenção continua sendo efetivada na minha UBS. Seguimos na luta para alcançar a ampliação da cobertura de

atendimento dos diabéticos e hipertensos que ainda estão sem atendimento. Continuaremos nos esforçando para que a comunidade entenda as mudanças que estão sendo feitas na unidade e que entendam porque é importante a priorização dos usuários diagnosticados de alto risco. Continuaremos na luta para que os registros sejam mais efetivos e que todos os usuários que cheguem a unidade tenham atualizados seus dados nas fichas de acompanhamento individual. Continuaremos com a capacitação de toda a equipe sobre temas relacionados ao atendimento dos diabéticos e hipertensos. Sempre lutarei para alcançar uma melhor integridade de toda a equipe no dia a dia de nosso trabalho na UBS.

Uma das ações que temos previstas para os próximos dias é a realização de um maior número de atividades com os grupos de diabéticos e hipertensos e também realizar atividades com outros grupos de adolescentes para ir aumentando também a área de abrangência da intervenção. Pretendemos realizar uma atividade de intervenção integral, em uma microárea da comunidade que atualmente está desatendida pelo ACS, porque está de repouso por problemas de saúde. Com a incorporação da ACS nos próximos dias e com toda a equipe completa continuaremos na luta para ampliar a cobertura de atendimentos dos diabéticos e hipertensos.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado Secretário (a) de Saúde,

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Expedito foi uma experiência de trabalho muito boa. Foram 12 semanas de intenso trabalho que permitiram melhorar nosso serviço. A equipe obteve um maior nível de qualificação através das atividades de capacitações que foram feitas no decurso da intervenção. Conseguimos ter uma maior integração no planejamento de estratégias para melhorar a qualidade de atendimento. Os usuários ficaram contentes e muitos satisfeitos com a nova forma de atendimento através da intervenção. Os usuários e seus familiares manifestaram sua satisfação com uma atenção priorizada e de mais qualidade. Atualmente o atendimento aos diabéticos e hipertensos tem muito mais qualidade como resultado da implantação da intervenção na UBS.

Os resultados da intervenção ajudaram a mudar a realidade existente na unidade em relação ao atendimento de diabéticos e hipertensos. Conseguimos aumentar a cobertura de atendimento de hipertensos para 36,8%, pois, 252 pessoas foram acompanhadas; e de diabéticos para 39,5%, pois, 77 pessoas foram acompanhadas. Alcançamos o resultado positivo de 97,6% dos hipertensos com exame clínico em dia e 98,7% dos diabéticos. Conseguimos aumentar o índice de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia a 90,9% e 85,7%, respectivamente. Conseguimos que todos os usuários que fazem parte do programa peguem os medicamentos na farmácia popular. Todos os diabéticos e hipertensos foram avaliados em quanto as necessidades de atendimento odontológico. No percurso da intervenção alcançamos o resultado positivo de realizar busca ativa a todos os usuários faltosos a consulta. Outro dos resultados positivos foi, o melhoramento da educação em saúde dos diabéticos e hipertensos, todos receberam orientações sobre alimentação saudável, prática

regular de atividade física, sobre higiene bucal e sobre abandono do tabagismo, alcançamos um índice de 100% em cada mês da intervenção.

O papel da gestão foi sem dúvida importante para conseguir nossos resultados e aprovação da intervenção pela comunidade. Foram garantidos os materiais e insumos para o atendimento, tais como, esfigmanômetro, balança bem calibrada, glicômetro. Foram atendidas nossas demandas quando o esfigmanômetro quebrou em um momento da intervenção, foram fornecidas folhas para a impressão das fichas-espelhos que não foram suficientes em algum momento. A gestão apoiou possibilitando a participação do educador físico e a nutricionista nas palestras com os grupos.

O apoio da gestão continua sendo a cada dia uma necessidade para continuar qualificando nosso serviço. A gestão poderia fornecer medicamentos para atendimentos de urgências e para realização de pequenas suturas que chegam à UBS. Garantir materiais de curativos que às vezes não são suficientes. Disponibilizar os recursos e materiais para a realização dos exames complementares. Melhorar as condições estruturais da UBS, dentro do possível para que os usuários tenham melhor conforto. É muito importante melhorar a relação de intercâmbio direto e atenção da gestão com o processo de trabalho na UBS.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados usuários (as),

Com o desenvolvimento da intervenção na nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) a comunidade ganhou muitas coisas positivas. A equipe ficou muito mais próxima da comunidade. Com nosso trabalho dirigido aos usuários com fatores de risco para desenvolvimento de diabetes e hipertensão, nas visitas domiciliares, na busca ativa dos usuários ausentes as consultas, os resultados foram muito bons.

Os resultados da intervenção ajudaram a mudar a realidade existente na unidade em relação ao atendimento de diabéticos e hipertensos. Conseguimos aumentar a cobertura de atendimento de hipertensos e de diabéticos. Alcançamos o resultado positivo de 97,6% dos hipertensos com exame clínico em dia e 98,7% dos diabéticos. Conseguimos aumentar o índice de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia. Conseguimos que todos os usuários que fazem parte do programa peguem os medicamentos na farmácia popular. Todos os diabéticos e hipertensos foram avaliados em relação as necessidades de atendimento odontológico. Alcançamos o resultado positivo de realizar busca ativa a todos os usuários faltosos a consulta. Todos receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre higiene bucal e sobre abandono do tabagismo.

Com nossas atividades, através dos grupos, a comunidade percebeu uma maior integração com a equipe. Deixamos esse costume de ficar só enfocados no trabalho de consultas clínicas na unidade, para virarmos a atenção para as ruas e realizar maior trabalho comunitário. A comunidade teve a possibilidade de ter autonomia, de interagir mais com a equipe de trabalho, fundamentalmente os familiares dos usuários diabéticos e hipertensos que fizeram parte da intervenção.

O papel da comunidade é importante para permitir estabelecer estratégias de agendamentos de consultas diferenciadas, dando prioridades àqueles usuários que mais precisam. Se a comunidade entende a importância da intervenção e

apoia o seu desenvolvimento, participa nas atividades com os grupos, nas palestras e aceita o novo processo de atendimento na unidade os resultados vão ser ainda melhores. O nosso objetivo é que a comunidade entenda que não esta fora do planejamento e do processo de trabalho na unidade e que ela é parte importante para alcançar melhores resultados de saúde.



## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O processo da intervenção pra mim foi uma experiência maravilhosa. Foi uma meta para mim, pela primeira vez fazer um trabalho de intervenção fora de meu país e em outra língua. Enfrentar um sistema de saúde diferente, uma cultura diferente e interagir com uma população com características próprias, diferentes a minha experiência anterior de trabalho. Acho que finalmente alcancei o cumprimento de minhas expectativas iniciais, de me superar pessoal e profissionalmente.

Com o decorrer do curso, comecei a conhecer melhor minha população, seus costumes, seus estilos de vida, seus principais fatores de risco e também suas principais demandas de saúde. O significado para a minha prática profissional foi muito grande. Aprendi há ter mais tempo para escutar as queixas dos meus usuários, respeitando sua autonomia, suas tradições, respeitando suas religiões. Aprendi há ter mais interação com a comunidade e a importância de fazer mais atividades vinculadas a ela, dando autonomia para que a mesma tenha um papel positivo na solução dos problemas de saúde. Aprendi a ir organizando melhor o serviço na UBS, realizando agendamentos das consultas, tarefa que ainda continua sendo um objetivo para a equipe.

Cada espaço apresentado pelo curso foi muito importante e foi como uma escola para minha superação profissional. O espaço de orientação com a minha orientadora foi muito bom, ela foi me orientando em cada tarefa, foi fazendo uma avaliação bem detalhada de cada uma delas, até conseguir o resultado desejado, cumprindo as expectativas do curso. Todos os casos clínicos resolvidos no curso foram importantes para aprimorar meus conhecimentos sobre cada uma das doenças tratadas. Foram quadros clínicos de usuários com patologias muito frequentes na atenção primária à saúde e foram importantes para o estudo dos protocolos e da conduta adequada aqui no Brasil para seu seguimento e tratamento. Os testes de qualificação cognitiva (TQCs) me permitiram identificar aqueles temas com mais dificuldades e com mais necessidade de estudo. Os

estudos de prática clínica também ajudaram, para o fortalecimento de meus conhecimentos daqueles temas aonde tive mais dificuldade nos TQCs. Os fóruns de saúde coletiva e de clínica foram muito importantes para o intercambio de experiências com meus colegas e orientadores.

Tudo o que foi aprendido no percurso da intervenção é de muita importância para minha prática profissional. Hoje eu me sinto mais preparado com mais conhecimento da realidade de minha população de abrangência especialmente dos diabéticos e hipertensos. Foi importante para ter maior contato e relação com minha equipe de trabalho. As coisas aprendidas permitiram minha superação profissional e o mais importante é que possibilitou abrir as portas para a continuidade da intervenção na UBS e conseguir mudanças positivas em relação à saúde dos diabéticos e hipertensos de minha comunidade.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

## **Anexos**

## Anexo A - Planilha de coleta de dados

2014.11.05 Coleta de dados HAS e OMAis [Módulo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Rensão Exibição

Calibri 11 A A Quebrar Texto Automaticamente

Colar Área de Trans... Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar

C4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																					

## Anexo B - Ficha espelho

[illegible][illegible]

## Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UPEL

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.